



TESIS DOCTORAL

EL DEBATE EN REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA: ANÁLISIS DE LOS MECANISMOS TERAPÉUTICOS DE CAMBIO CLÍNICO

AUTORA: Rebeca Pardo Cebrián
DIRECTORA: Ana Calero Elvira

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud

Programa de doctorado: Psicología Clínica y de la Salud

Universidad Autónoma de Madrid, 2019

*A mi compañero de vida, Fran,
porque su forma de quererme es un absoluto regalo.*

*A mi familia,
por cuidarme tan bien, por ser incondicionales.*

*Y a Ana,
por la dedicación y el cariño con el que me ha guiado.*

AGRADECIMIENTOS

Nunca me imaginé que la elaboración de esta tesis me fuera a hacer experimentar y aprender tantas cosas y que, además, las principales poco tuvieran que ver con lo académico. La mezcla de sensaciones en este punto es peculiar pero bonita de vivir y a pesar de que el camino hasta aquí no ha sido ni mucho menos corto o sencillo, volvería a recorrerlo. Y volvería a hacerlo junto a las personas que han formado parte de él, les estoy tremendamente agradecida.

Gracias a mi GRAN EQUIPO DE TRABAJO:

A Ana por dirigirme con tanto cariño, respeto, cuidado y dedicación. Ha sido un placer trabajar y aprender de ella durante todo este tiempo. Ha puesto a mi disposición todas las facilidades posibles de la forma más amable y me ha hecho sentir que juntas hacíamos un gran equipo. Soy verdaderamente afortunada por haber tenido la posibilidad de recibir la ayuda de Cris. No se me ocurre una persona más dispuesta, flexible y trabajadora. Sin ella esta tesis no habría sido posible. Con Aída hicimos un equipo estupendo en los inicios de este trabajo y le estoy muy agradecida por toda su colaboración, por su trato cálido y por su constante disposición, incluso en la distancia.

Gracias a quienes tanto contribuyen a la CIENCIA PSICOLÓGICA. *La ciencia no se ace sola ahí que acerla y sin vosotros no sería posible:*

A Manu y a Elena por su inestimable colaboración e implicación y por estar pendientes en todo momento. Gracias en especial a Manu, por estar más de un año siguiendo instrucciones y por estar para mucho más de lo estrictamente necesario.

Al equipo de investigación AcoVeo y a María Xesús. La esencia de este trabajo nace de y gracias a ellos. María Xesús fue la persona que me inspiró en defender una psicología científica y de la que pude aprender muchísimo. Las experiencias vividas en el equipo han sido la base de este trabajo y estoy muy agradecida por ello. Desde mis inicios con Ivette (qué bonito comienzo), he coincidido con muchísimas personas y he vivido todas las etapas del Lab. 6. Gracias a todas las personas del equipo que habéis contribuido de alguna manera a esta experiencia: a los de los inicios y a los de esta última etapa, con los que he podido compartir observaciones, reuniones, congresos, charlas o cafés: Ivette, Elena, Carlos, Caru, Ricardo, Jesús.... También gracias a Miriam y a Cris en mi nuevo lado del muro, que han amenizado mucho estos últimos momentos.

A Javier, por hacer de mi estancia en Auckland una experiencia maravillosa, por su paciencia, generosidad y por su gran implicación. He aprendido muchísimo de él y espero poder seguir haciéndolo.

A todas las personas que han dado su consentimiento y han querido colaborar en las investigaciones como participantes. Ojalá poder devolverles el favor contribuyendo, de alguna forma, a mejorar la atención psicológica y la formación en psicología.

A las personas que, desde los Centros de Psicología, han colaborado en poder realizar estos estudios: ITEMA y el CPA de la UAM. A sus directores y clínicos que lo han permitido y facilitado.

A todos los que me han dado soporte técnico en mis batallas con los resultados: Vicenç Quera, Javi y Alex (bendito Excel). Al final: SPSS y Análisis Secuencial 0- Rebe 1.

Gracias a los que han supuesto el SOPORTE ESENCIAL en mi día a día, la fuerza para continuar:

A mi familia: a mi madre, a mis hermanos y a mi abuela. Porque quizá no sabían muy bien de qué hablaba con eso tesis, pero no han dejado de preguntarme y ofrecerme su ayuda. Porque han querido y sabido compartir mis preocupaciones y alegrías. Gracias, Alba, por esa mano con el Excel ;) y por estar siempre dispuesta ayudarme.

A mis amigos, porque no es casualidad que me escribieran para mandarme memes de: *“un día eres joven y al otro te tiembla el ojo del estrés”*. Lydi, Nuri, Vero, Lori, Tam... Gracias por escucharme, gestionar mis agobios y anticipar reforzadores a tope. También quiero agradecerles a Carla y Manu su apoyo en esta última etapa dándome facilidades para no tener que ocuparme de más.

Y, por supuesto, gracias a Fran...por todo. No tengo ni la habilidad ni el espacio de poder trasladar aquí todo lo que ha supuesto su apoyo para mí. Gracias por apostar por mí, por transmitirme el máximo cariño, respeto y admiración. Esta tesis es el resultado del equipo que formamos juntos. Mi dedicación a ella, sin financiación o ayudas oficiales, realmente no habría sido factible de ninguna manera sin Fran. Le estoy tremendamente agradecida por ayudarme en absolutamente todo sin pensárselo y por cuidarme tanto, soy yo la que me siento orgullosa de él.

Por último, no me olvido de mi familia no humana: Anakin y Ragnar, esos sí que han estado ahí, dispensándome mimos sin parar.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	3
PRIMERA PARTE: INTRODUCCIÓN TEÓRICA	5
Capítulo 1. La reestructuración cognitiva y el debate socrático	
1. ¿Qué es la reestructuración cognitiva?	8
2. La reestructuración cognitiva como enfoque terapéutico.....	10
2.1 Supuestos básicos	10
2.2 Principales autores en reestructuración cognitiva	12
2.2.1 Beck: terapia cognitiva para la depresión.....	12
2.2.2 Ellis: la terapia racional emotiva	16
2.2.3 Otros autores en reestructuración cognitiva	20
3. La reestructuración cognitiva como técnica de intervención psicológica	22
3.1 Definición, componentes y procedimientos de aplicación de la técnica	23
3.2 El debate socrático.....	26
3.2.1 Origen y definición.....	27
3.2.2 Procedimientos y aplicaciones del debate	29
3.2.3 Las preguntas del debate.....	30
3.2.4 Debate didáctico o descubrimiento guiado.....	31
4. Consideraciones finales	35
Capítulo 2. Investigación en reestructuración cognitiva	
1. Estudios de eficacia en reestructuración cognitiva.....	40
1.1 Contextualización: la investigación de resultados en psicoterapia.....	40
1.2 Investigaciones de eficacia en reestructuración cognitiva.....	42
1.3 Posibilidades y limitaciones de la investigación de resultados	46
2. Estudio de procesos en reestructuración cognitiva.....	49
2.1 Contextualización: investigación de procesos en psicoterapia.....	49
2.2 Estudio de procesos en reestructuración cognitiva.....	50
3. Otras aproximaciones al estudio del cambio clínico: la metodología experimental de caso único	57
4. Consideraciones finales	61

Capítulo 3. La reestructuración cognitiva desde un punto de vista conductual

1. Lenguaje y conducta verbal: aspectos teóricos y empíricos básicos	66
1.1 Mente, cerebro y procesos mentales: falacias conceptuales	66
1.2 El pensamiento desde el análisis de conducta	69
1.3 Implicaciones para el estudio de la reestructuración cognitiva	80
2. Análisis de la conducta verbal en la reestructuración cognitiva.....	83
2.1 El estudio de la interacción verbal en el contexto clínico	83
2.2 La reestructuración cognitiva desde los enfoques contextuales	86
2.3 El estudio de la reestructuración cognitiva como un procedimiento de moldeamiento y encadenamiento verbal	88
2.4 Una reflexión conductual sobre otros procesos implicados en el debate socrático	92
2.4.1 El debate como entrenamiento en solución de problemas.....	93
2.4.2 Racionalidad y lógica	96
2.4.3 Otros mecanismos específicos de algunas técnicas de debate.....	98
3. Consideraciones finales	100

SEGUNDA PARTE: JUSTIFICACIÓN 105

Capítulo 4. Justificación, objetivos de estudio y metodología

TERCERA PARTE: ESTUDIOS EMPÍRICOS 113

Capítulo 5. Estudio empírico I: Applying cognitive restructuring in therapy: The clinical reality in Spain

1. Abstract.....	115
2. Introduction	116
3. Method.....	120
4. Results	129
5. Conclusions	135
6. References	141

Capítulo 6. Estudio empírico II: ¿Qué estrategias emplean los terapeutas en los debates de reestructuración cognitiva?

1. Resumen	149
2. Abstract.....	150
3. Introducción.....	151
4. Método.....	158
5. Resultados.....	167
6. Discusión	174

7. Referencias	184
Capítulo 7. Estudio empírico III: Análisis de la conducta verbal de terapeutas expertos e inexpertos durante el debate en reestructuración cognitiva	
1. Resumen	191
2. Abstract.....	192
3. Introducción.....	193
4. Método.....	199
5. Resultados.....	207
6. Discusión	213
7. Referencias	222
Capítulo 8. Estudio empírico IV: Moldeamiento verbal durante la interacción psicoterapéutica: Un análisis experimental del debate socrático	
1. Resumen	227
2. Abstract.....	228
3. Introducción.....	229
4. Método.....	235
5. Resultados.....	246
6. Discusión	252
7. Referencias	258
CUARTA PARTE: DISCUSIÓN.....	265
Capítulo 9. Discusión, limitaciones y perspectivas futuras	
1. Discusión	267
2. Limitaciones y posibles mejoras.....	271
3. Perspectivas futuras	272
CONCLUSIONES GENERALES	277
GENERAL CONCLUSIONS	279
REFERENCIAS	281

ANEXOS

1. Anexo A. Modelo de consentimiento informado 1
2. Anexo B. Modelo de consentimiento informado 2
3. Anexo C Guía para la identificación de la técnica de reestructuración y la clasificación de sus procedimientos terapéuticos

4. Anexo D. Sistema de categorización de las estrategias de debate en reestructuración cognitiva: SISC-EDR
5. Anexo E. Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Cliente en función del Cumplimiento de Objetivos Terapéuticos (SISC-COT)
6. Anexo F. Escala de Valoración de la Efectividad del Debate en la Reestructuración Cognitiva (EVED-RC)

RESUMEN

(versión en castellano)

El debate es el componente central de la técnica de reestructuración cognitiva, uno de los procedimientos más empleados en terapia dirigido a la modificación de las verbalizaciones desadaptativas del cliente. A pesar de su popularidad y de ser una de las técnicas de intervención de más compleja aplicación, las directrices existentes sobre cómo aplicarlo carecen de evidencia empírica que las respalde. A la complejidad para dominar este procedimiento se suma el desconocimiento o falta de claridad sobre su definición y sobre los mecanismos de cambio que lo explican. Desde el análisis de conducta, se han comenzado a estudiar los procesos de cambio subyacentes al mismo, apuntando hacia el moldeamiento y el encadenamiento verbal como algunos de los principios de aprendizaje que lo explican. El objetivo principal de este trabajo es seguir contribuyendo a la clarificación del funcionamiento de esta técnica: conocer cómo se aplica en la práctica clínica, identificar el efecto de las verbalizaciones del terapeuta en la efectividad de los debates, contribuyendo a la construcción de una guía completa sobre cómo debatir de una forma efectiva; así como contrastar de forma experimental algunos mecanismos terapéuticos de cambio clínico.

La presente tesis doctoral está compuesta por cuatro estudios empíricos: el primero de ellos es un estudio con metodología de encuesta en el que se analizaron las respuestas de 272 clínicos sobre el uso de la técnica de reestructuración cognitiva en su práctica clínica cotidiana: la frecuencia de aplicación, la forma de cuestionar en el debate, la planificación de la verbalización final, el uso del reforzamiento o el grado de indicación o guía del debate, entre otras cuestiones. Los resultados de este trabajo se pusieron en relación con los posteriores estudios de la tesis, pudiendo así contrastar lo que se aplica en el contexto clínico cotidiano, con lo que en investigación

encontramos que funciona. El segundo y el tercer estudio empírico se realizaron con metodología observacional y se dirigieron al estudio de la interacción verbal entre terapeuta y cliente en 113 fragmentos de debate. Algunos de los hallazgos que el segundo estudio mostró fue que el uso de determinadas verbalizaciones previas a cuestionar al cliente, dirigen de forma más efectiva la respuesta de éste en el debate y que emplear el componente aversivo de manera contingente se asocia a debates más efectivos, entre otros resultados. El tercer estudio profundizó en el estudio de estas verbalizaciones analizando también el papel de la experiencia del terapeuta y se encontraron diferentes formas de debatir por parte de terapeutas expertos e inexpertos, así como diferencias en la efectividad de los debates. Por último, en el cuarto estudio, a través de metodología experimental de caso único, se realizó una aproximación para contrastar el moldeamiento verbal como posible proceso de aprendizaje. Los datos parecen apuntar que la aplicación del debate a través del reforzamiento diferencial de aproximaciones sucesivas supone un cambio más efectivo y eficiente en las verbalizaciones desadaptadas del cliente, frente a la aplicación del reforzamiento de la verbalización final.

ABSTRACT

(English version)

Disputing is the central component of the cognitive restructuring technique, one of the most used procedures in therapy to modify the client's maladaptive verbalizations. Despite its popularity and being one of the most complex application techniques, the existing guidelines on how to apply it do not have empirical evidence that support them. In addition to the complexity to master this procedure, there is a lack of knowledge or clarity about its definition and mechanisms of change that explain it. Behavior analysis have begun to study the change processes underlying it, pointing towards shaping and verbal chaining as some of the learning principles that explain it. The main objective of this work is to continue the clarification of the operation of this technique: to know how it is applied in clinical practice, identify the effect on the effectiveness of the debates of the therapist's verbalizations, contributing to the construction of a complete guide on how to debate in an effective way; as well as to test experimentally some therapeutic mechanisms of clinical change.

The present doctoral thesis consists of four empirical studies. The first one is a survey methodology study in which the answers of 272 clinicians about the use of cognitive restructuring technique in their daily clinical practice were analysed: the frequency of application, the way to question in the debate; the planning of the target verbalization, the use of reinforcement and the degree of indication or guide during the debate, among other questions. The results of this work were put in relation with the subsequent studies of the thesis, thus being able to contrast what is applied in the daily clinical context with what in research we find that works. The second and third empirical studies were conducted with observational methodology and were directed to the study of verbal interaction between therapist and client in 113 debate fragments. Some findings of the second study showed the use of certain verbalizations prior to

questioning the client, direct more effectively the response of the latter in the debate and that employing the aversive component in a contingent way is associated with more effective debates, among other results. The third study deepened in the study of these verbalizations also analysing the role of the therapist's experience and found different ways of disputing on the part of expert and inexperienced therapists, as well as differences in the effectiveness of the debates. Finally, in the fourth study, through an experimental methodology of a single case, an approximation was made to contrast the verbal shaping as a possible learning process. The data seem to point out that the application of the debate through the differential reinforcement of successive approximations implies a change in the maladaptive verbalizations of the most effective and efficient client against the application of the reinforcement of the final verbalization.

PRIMERA PARTE:

INTRODUCCIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO 1

La reestructuración cognitiva y el debate socrático

A lo largo de este capítulo se realiza una breve revisión sobre la reestructuración cognitiva, como enfoque terapéutico y como técnica psicológica, centrada en sus orígenes, principales exponentes, características y procedimientos más relevantes. También se señalan los problemas conceptuales y la ambigüedad existente con respecto a este procedimiento y se dedica, por último, una atención especial al debate socrático, elemento esencial de la reestructuración cognitiva sobre el que se centra la presente tesis doctoral.

1. ¿QUÉ ES LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA?

A pesar de su popularidad y relevancia en el contexto clínico, el término reestructuración cognitiva no responde a una definición clara y consensuada, sino que puede aludir a un proceso de cambio, a un grupo heterogéneo de técnicas y procedimientos e incluso a un enfoque terapéutico (Méndez, Olivares y Moreno, 1998). Aunque existen diversas clasificaciones, tradicionalmente, la reestructuración cognitiva forma parte de las denominadas “terapias cognitivas” (Mahoney y Arnkoff, 1978), dentro de las cuales también se engloban las técnicas de resolución de problemas (D’Zurilla y Goldfried, 1971) y las técnicas de entrenamiento en habilidades de afrontamiento (Meichenbaum, 1977). Esta clasificación ha evolucionado con el paso del tiempo y la aparición de nuevas aproximaciones cognitivas. Los enfoques constructivistas (Gonçalves, 1994; o Guidano, 1997) también se suelen considerar dentro de las terapias cognitivas (Caro, 2007).

De todas las técnicas de intervención psicológica, la reestructuración cognitiva es una de las más empleadas por los terapeutas en su práctica clínica. Normalmente, suele encuadrarse en el enfoque cognitivo-conductual, sin embargo, es ampliamente usada por los psicólogos de distintas orientaciones. Se ha descrito su uso, además de en terapias cognitivo-conductuales, en la psicoterapia adleriana (Stein, 1991), en el psicoanálisis (Pateman, 1999) y en la psicología positiva (Overholser, 2015). En un estudio realizado por la APA (2003), a través de su plataforma PracticeNet, se analizaron, entre otros aspectos, cuáles eran las principales actividades que los psicólogos realizaban en consulta. Se encontró que el 86,8% se dedicaba a identificar y desafiar pensamientos del cliente y un 85,5% a poner en relación pensamientos y emociones, a pesar de que tan sólo el 28% de los 241 participantes era de orientación cognitivo-conductual. De hecho, no se encontraron diferencias significativas en las principales actividades realizadas en sesión entre las distintas orientaciones terapéuticas.

Por supuesto, el modo en que se emplea la reestructuración varía de unos enfoques a otros. En el estudio de Lange y Woudenberg (1994) examinaron las grabaciones de sesiones de terapia psicológica de terapeutas psicodinámicos y de terapeutas conductuales en las que los terapeutas intentan cambiar las cogniciones de sus pacientes. No se encontraron diferencias entre los dos grupos en el porcentaje de reestructuración cognitiva que emplean, aunque sí hubo diferencias en la forma en que empleaban la reestructuración cognitiva. Mientras que los terapeutas de conducta enfatizaron las consecuencias del comportamiento, dieron pautas y evaluaron, los terapeutas psicoanalíticos enfatizaron la reformulación utilizando interpretaciones psicoanalíticas.

A pesar de ser un procedimiento ampliamente empleado en terapia, su expansión en el contexto clínico no ha venido acompañada de una evolución conceptual y empírica, de hecho, actualmente existen múltiples desafíos y problemas en torno a la reestructuración cognitiva, que Clark y Egan (2015) resumen en cuatro aspectos básicos:

1. Vaguedad de su definición y de las diferencias que pueden existir en lo que el término comprende.
2. Falta de claridad en cuanto a cómo se aplica la técnica a través de las intervenciones cognitivo-conductuales.
3. Ausencia de explicación operativa sobre por qué funciona.
4. Escasez de datos empíricos que confirmen los supuestos beneficios que esta técnica posee.

Todos estos puntos se tratarán de forma extensa a lo largo de este primer capítulo, así como o a lo largo del segundo.

2. LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA COMO ENFOQUE TERAPÉUTICO.

2.1 Supuestos básicos

La Modificación de Conducta se constituyó en los años 50 y 60 y es en los años 70 cuando empiezan a aparecer las primeras publicaciones relacionadas con la terapia cognitiva (Beck, 1967; Meichenbaum 1977). La terapia cognitiva, en general, se caracteriza por ser diversa y variada; a diferencia de lo que ocurre en otros enfoques o escuelas, no posee un marco teórico sólido y homogéneo, sino que posee algunos planteamientos compartidos en gran medida por los principales autores, a partir de los cuales se identifican los principales supuestos de dicho enfoque (Camacho, 2003).

Es importante señalar que la Psicología Cognitiva y la Terapia Cognitiva, aunque compartieron un momento histórico común en la disciplina (la revolución cognitiva) y se desarrollaron de forma paralela en el tiempo, apenas comparten otras similitudes. Así, las terapias cognitivas no parten de los principios de la Psicología Cognitiva sobre el procesamiento de la información. Aunque se puede encontrar en terapeutas cognitivos, principalmente Beck, algunos términos propios de los modelos del procesamiento de la información, lo cierto es que los emplean de una forma metafórica sin ninguna base teórica (Caro, 2007).

A continuación, se detallan las principales premisas o principios en las terapias de reestructuración cognitiva:

- Se parte de la premisa de que los seres humanos somos seres racionales, estamos capacitados para procesar adecuada y correctamente los hechos que nos acontecen. Así, este conocimiento será válido o adecuado cuando se ajuste fielmente a la realidad. En esta línea, el modelo cognitivo tiene la visión del ser humano como un científico que ha de tomar sus pensamientos como hipótesis y contrastarlas (Caro, 2007).

- El planteamiento teórico central de los terapeutas cognitivos es que las dificultades emocionales de los pacientes¹ se deben, principalmente, a pensamientos o creencias distorsionadas de la realidad, de forma que el objetivo del terapeuta cognitivo es enseñar a los individuos a identificar, evaluar y modificar sus propios pensamientos defectuosos.
- El método terapéutico es: estructurado, directivo, colaborativo, centrado en los problemas del presente y de tiempo limitado (Clark, 2013).
- Los enfoques terapéuticos de reestructuración cognitiva son propuestas de tratamiento extensas, que engloban además de una gran variedad de técnicas, instrumentos y fases, conceptualizaciones sobre la propia terapia: La alianza terapéutica, las características del buen terapeuta o la duración de los tratamientos psicológicos, entre otros.
- La terapia de reestructuración cognitiva no sólo engloba técnicas cognitivas, sino también conductuales, pero esto no implica un eclecticismo metodológico o teórico, sino un eclecticismo técnico, ambos tipos de técnicas son consideradas reestructuración cognitiva siempre y cuando el objetivo sea el cambio cognitivo. De hecho, tal y como se detallará a continuación, las principales propuestas de la terapia cognitiva incluyen en su repertorio muchas otras técnicas adicionales a las cognitivas.

Todos estos supuestos podrían sintetizarse en un denominador común: La importancia de las variables cognitivas como mecanismos causales de los problemas psicológicos de los pacientes y el uso técnicas de tratamiento dirigidas a cambiar dichas cogniciones.

¹ Aunque las autoras de este trabajo empleemos y prefiramos el término cliente, en lugar de paciente, se respetarán en este apartado los conceptos originales de los autores a los que se alude. Lo mismo sucede con otros términos que se emplearán a lo largo del capítulo, tales como: esquemas, cognitivo, etc. Todos ellos se expondrán de forma fiel al uso que hacían sus autores, sin que ello implique convenir con dicha terminología.

2.2 Principales autores en reestructuración cognitiva

Tal y como se ha descrito, el nexo común de las técnicas de reestructuración cognitiva es identificar y modificar las cogniciones desadaptativas de los pacientes destacando la influencia negativa que los pensamientos tienen en la conducta y en las emociones. A diferencia de otras técnicas cognitivas, las terapias de reestructuración cognitiva se centran en entrenar al sujeto a interpretar racionalmente la realidad objetiva (Sánchez, Alcázar y Olivares, 1999). Los principales autores de la reestructuración cognitiva son: Albert Ellis, con la terapia racional emotiva (Ellis y Grieger, 1989/1977), Aaron Beck con la terapia cognitiva para la depresión (Beck, 1967; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979/1983); Goldfried (1971) con la reestructuración racional sistemática; y Meichenbaum (1977) con el entrenamiento autoinstruccional.

A continuación, se sintetizan las propuestas de Beck y Ellis por ser las aproximaciones más relevantes del enfoque de reestructuración cognitiva.

2.2.1 Beck: terapia cognitiva para la depresión

Aaron Beck comenzó sus primeras aproximaciones a la terapia cognitiva para la depresión alrededor de 1956. En aquel momento trataba de validar ciertas teorías psicoanalíticas sobre la depresión, pero empezó a encontrar problemas; los resultados de sus investigaciones aportaban evidencia empírica que contradecía sus hipótesis y, además, cada vez encontraba más reacciones negativas de sus pacientes depresivos hacia la intervención psicoanalítica. Esto le llevó a buscar otras explicaciones alternativas a la conducta depresiva de sus pacientes y a reformular su teoría psicopatológica. Aunque originalmente Beck propuso su modelo de terapia cognitiva para los problemas de depresión, más tarde la terapia cognitiva se aplicó a una gran variedad de problemáticas (Beck, Emery y Greenberg, 1985).

Las bases teóricas y el funcionamiento de la terapia cognitiva de Beck que se sintetiza a continuación se basan en uno de los manuales de referencia del autor: Beck, et al. (1979/1983).

Bases teóricas:

Beck, en su modelo cognitivo de la depresión, postula tres conceptos para explicar las bases psicológicas de la misma:

1. La tríada cognitiva: se refiere a la visión negativa del paciente depresivo acerca de sí mismo (atribuyendo sus experiencias negativas a sus defectos); del mundo (hay una interpretación negativa de las experiencias que le acontecen, el mundo le pone obstáculos para alcanzar sus objetivos) y acerca del futuro (anticipando dificultades, sufrimiento, etc.). El resto de los síntomas que el paciente depresivo pueda presentar: falta de motivación, apatía, etc. serán siempre consecuencia de estos patrones de pensamiento negativo.
2. Los esquemas: se refieren a la estructura y organización del pensamiento depresivo. Beck define los esquemas como patrones cognitivos estables que forman la base para transformar los datos o los hechos en cogniciones. Estos determinan cómo el individuo interpretará sus experiencias y producen distorsiones de la realidad y consecuentemente errores de pensamiento.
3. Los errores cognitivos. Beck considera que el paciente depresivo sistemáticamente comete errores sistemáticos en el procesamiento de la información: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización-minimización, personalización, pensamiento absolutista-dicotómico.

Con respecto al origen de la depresión, así como a los factores predisponentes y desencadenantes, el autor considera que ciertas experiencias tempranas en la vida pueden suponer la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro

y el mundo y que dichos conceptos negativos pueden permanecer ocultos o “dormidos” en la persona y ser activados por determinadas circunstancias a lo largo de su vida que sean similares a las experiencias negativas experimentadas inicialmente.

En lo que respecta al funcionamiento de la terapia cognitiva de Beck, parte del supuesto de que la conducta del individuo y lo que siente depende principalmente de sus cogniciones, que a su vez se sustentan en los esquemas que han sido adquiridos de forma temprana.

Objetivo:

La terapia cognitiva tiene como fin eliminar los síntomas depresivos y prevenir las recaídas, para ello, el terapeuta trata de ayudar al paciente a identificar y modificar sus pensamientos distorsionados, consiguiendo que piense de una forma más realista.

Características

La terapia cognitiva de Beck posee una serie de características definitorias:

- ✓ Es una terapia directiva en la que el terapeuta formula una serie de hipótesis que después trata de contrastar y pone en marcha una serie de estrategias para ello.
- ✓ Posee una estructura formal. Para dar dicha estructura a las sesiones, el terapeuta: explica al paciente el fundamento teórico del tratamiento y las características de la terapia; formula un plan específico para cada sesión; establece una agenda de los temas a tratar; hace resúmenes en varios momentos de la sesión, etc.
- ✓ La terapia requiere la participación activa del paciente en las diferentes etapas y técnicas que la componen, lo que denominan *empirismo colaborativo*.
- ✓ Se centra en los problemas del presente y no del pasado, a diferencia de otras terapias tradicionales de aquel momento.

- ✓ Una de las estrategias centrales que han de usar los terapeutas son las preguntas, con diversos fines de evaluación y tratamiento.
- ✓ Tiene una duración limitada en el tiempo, aproximadamente se compone de unas 15 a 20 sesiones con una periodicidad semanal.
- ✓ Se incorporan las tareas para casa como parte fundamental de la terapia.

En las propias palabras del autor: “La concepción reduccionista de la terapia cognitiva ve este método como una serie de pasos preestablecidos (...). En realidad, la terapia cognitiva es un sistema amplio que se ocupa de proporcionar procedimientos específicos para identificar y modificar el paradigma personal del paciente” (Beck, 1967, p.p. 138).

Técnicas de intervención:

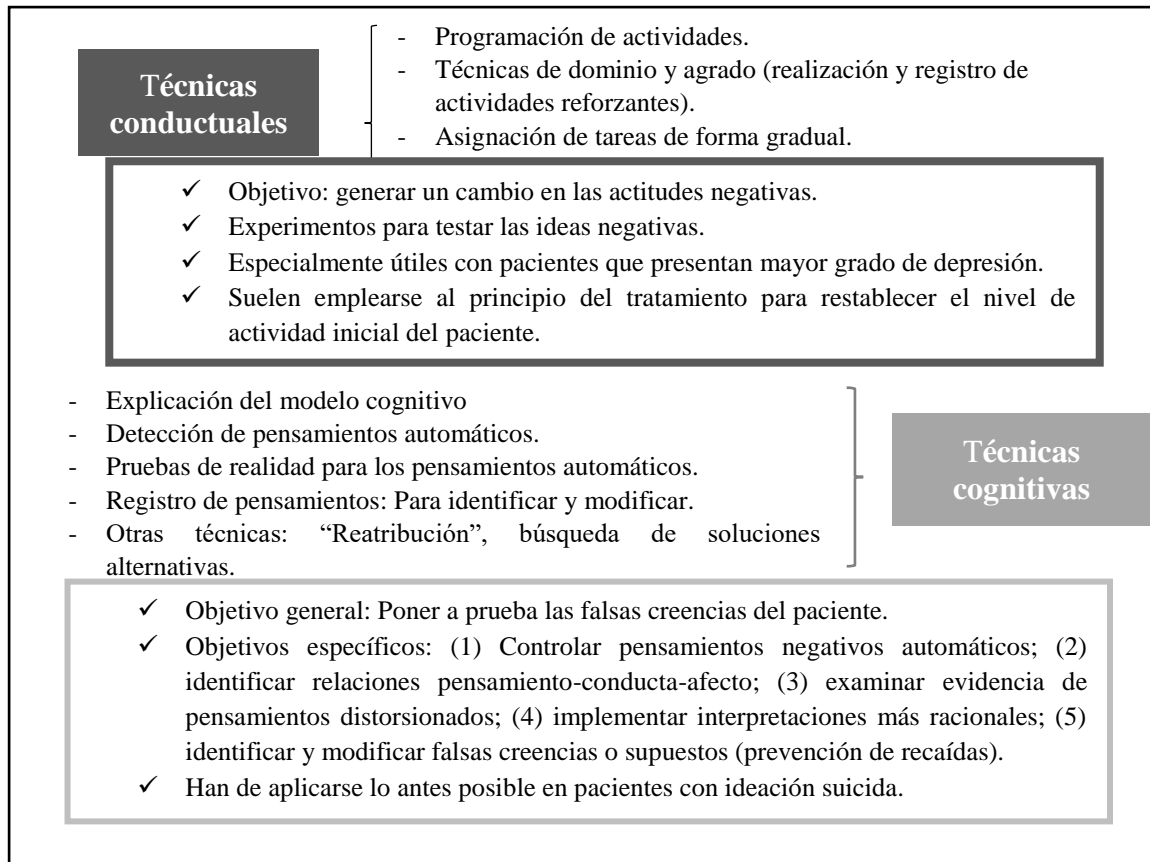
La terapia cognitiva está compuesta por varias técnicas de intervención que han de aplicarse de un modo planificado y adaptado a cada caso individual. Éstas pueden clasificarse en conductuales o cognitivas. Beck considera que en la mayor parte de los casos de depresión se requiere la combinación de ambos tipos.

Una vez la terapia va avanzando y el paciente mejora, los objetivos de la terapia se configuran no para el tratamiento de los síntomas sino para la prevención de recaídas. Para dicho fin, ha de comenzar a identificarse y modificarse las creencias del paciente que son la base que le puede predisponer a sufrir depresión en el futuro. A cada error cognitivo, trabajado en la fase anterior, le corresponde una creencia subyacente. Beck considera que, aunque muchas de las técnicas empleadas para la modificación de los pensamientos automáticos se pueden aplicar para modificar creencias, también se requerirá de una adaptación de las mismas o de otras estrategias diferentes tales como: valoración de los pros y contras de los supuestos, valoración de su utilidad a corto y largo plazo, entre otras.

En la Figura 1, se muestran con detalle los objetivos y características de las técnicas que Beck clasificó como cognitivas y como conductuales.

Figura 1.1

Esquema de las técnicas conductuales y cognitivas de la terapia cognitiva de Beck.



2.2.2 Ellis: la terapia racional emotiva

Albert Ellis es considerado uno de los pioneros de la terapia cognitiva y uno de los psicoterapeutas más influyentes en la historia de la psicología. Al igual que Beck, desencantado con la ineficacia que la terapia psicoanalítica demostraba, comienza a desarrollar su terapia racional emotiva (TRE) en 1955, con unas marcadas raíces filosóficas. Ellis continuó desarrollando la TRE para su aplicación a diversas problemáticas y poblaciones, parte de su trabajo se centró en gran medida en

sexualidad y pareja. Fue un autor muy prolífico con más de 70 libros y 800 artículos y su influencia en el desarrollo de las terapias cognitivo-conductuales fue muy relevante (Lega y Velten, 2008). Hacia el final de su carrera incorporó nuevos elementos a su propuesta: la TRE pasó a ser la terapia racional emotivo-conductual (Ellis, 1993).

Bases teóricas:

Las bases teóricas y el funcionamiento de la terapia racional emotiva de Ellis que se describe a continuación está basado en dos manuales clásicos del autor y colaboradores: Ellis y Grieger (1989/1977) y Ellis y Dryden, 1994.

El supuesto central de la TRE es que somos nosotros mismos quienes tenemos el control sobre nuestras emociones; y éstas dependen en gran medida de lo que pensamos, de cómo interpretamos los hechos que nos acontecen, así como de las elecciones que tomamos para que dichos hechos sucedan. Para ilustrar esta tesis, Ellis plantea el conocido esquema A-B-C:

A. Es la experiencia o acontecimiento activador. La situación o supuesto que acabará desencadenando unas consecuencias emocionales y conductuales. Por ejemplo: perder un trabajo, sufrir una ruptura de pareja...

B. Es el sistema de Creencias, son pensamientos o creencias sobre los Acontecimientos activadores que ejercen una enorme influencia sobre C. En relación a las situaciones anteriores, B podría ser: “es horrible que haya perdido ese empleo”, “si mi pareja me ha dejado jamás encontraré a nadie que me quiera”.

C. Son las consecuencias emocionales y conductuales; como sentirse desanimado, fracasado o triste tras los acontecimientos y pensamientos anteriores.

En lo que respecta a *creencias irracionales*, para Ellis cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a consecuencias negativas y adversas para el individuo e interfiere en su supervivencia y bienestar, es irracional. Plantea que hay, al menos, cuatro grandes tipos de creencias irracionales básicas de las cuales se

derivan otros pensamientos irracionales o sub-ideas, son: (1) Sentirse horrible (2) No poder soportar una circunstancia, (3) la ideología de “necesidad perturbadora” (“debería” y “tengo que”) y (3) la auto-condena. El autor considera que hay cierta predisposición biológica a pensar de forma irracional, para ello no se apoya en evidencia científica, sino que lo justifica en base a varias deducciones fruto de su experiencia y observación como, por ejemplo, que parece haber encontrado en todas las personas los mismos tipos de creencias irracionales básicas.

Objetivo:

Ellis destaca dos aspectos fundamentales: en primer lugar, reducir o eliminar el malestar de los clientes (ansiedad, depresión, enfado, culpa, etc.); y, en segundo lugar, dotarles de recursos, como la autoobservación y la auto-valoración, que les garanticen mantener a largo plazo un reducido o inexistente malestar. Dentro de los objetivos principales hay otros objetivos implicados: los terapeutas racionales tratan de que los pacientes aprendan que pueden ser felices por el mero hecho de estar vivos y pueden elegir el sentido que quieren darle a su vida.

Características:

- ✓ Es un enfoque con una base filosófica, los terapeutas no se centran en el diagnóstico psicopatológico, sino que consideran que es la filosofía del cliente la que genera el problema psicológico. La discusión o el método lógico-empírico es el principal recurso de la TRE.
- ✓ Estilo terapéutico enérgico y persuasivo. Los terapeutas discuten de forma enérgica las ideas irracionales de sus clientes desde el primer momento, intentan persuadirles de forma directa y ser muy didácticos enseñándoles los mecanismos que explican su malestar.
- ✓ Es una terapia centrada en la eficacia y la concreción, busca solucionar los principales síntomas y hacer un cambio más profundo en la filosofía del paciente.

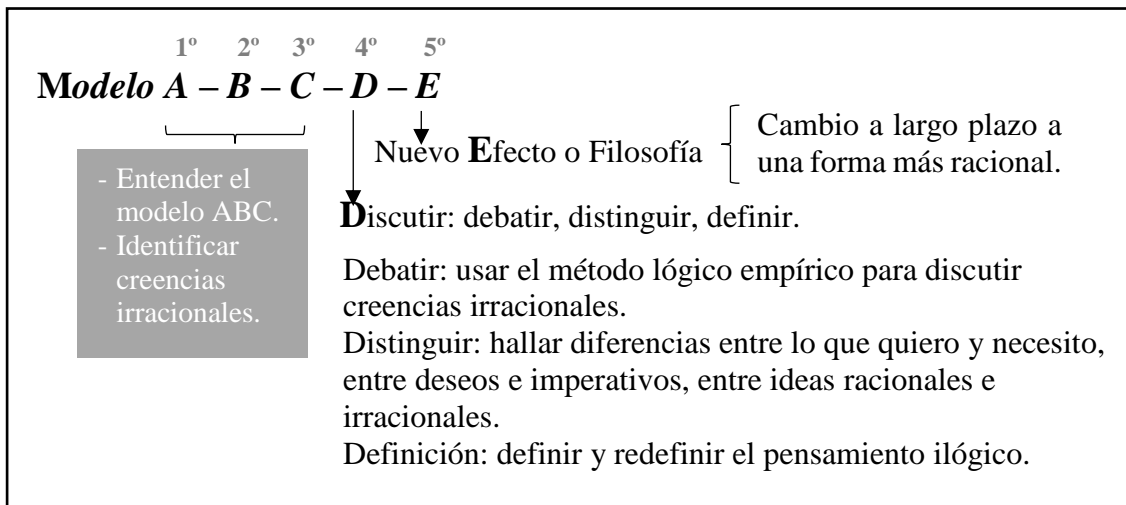
- ✓ El uso del humor y la ironía es un elemento esencial en la terapia TRE como un método para restar la excesiva importancia que los pacientes les dan a determinados acontecimientos.
- ✓ Es una terapia activa. El terapeuta les pide a sus clientes llevar a cabo tareas fuera de la sesión.

Técnicas de intervención

A diferencia de Beck, Ellis no clasifica de forma tan clara cuándo aplicar las técnicas cognitivas, las conductuales o las emotivas, más bien propone ser selectivo con las técnicas a elegir y hace énfasis en otros aspectos de la intervención, como el procedimiento general: el modelo ABCDE y las reglas del método para enseñar a pensar de forma más racional: el método hipotético-deductivo. El procedimiento o modelo terapéutico se esquematiza en la Figura 2.

Figura 1.2

Esquema del modelo terapéutico ABCDE de la TRE de Ellis.



La discusión o *debate socrático*, es uno de los elementos claves de la propuesta de Ellis, cuyo objetivo es que el paciente se dé cuenta de lo irracional o equivocado de sus puntos de vista. Para enseñar al cliente el modelo de pensamiento científico a

través del debate, Ellis propone seguir una serie de pasos o reglas para formular preguntas acordes al siguiente esquema: 1) ¿Es realista y verdadero este pensamiento? 2) ¿Es lógico este pensamiento? 3) ¿Es flexible y poco rígido este pensamiento? 4) ¿Prueba este pensamiento que merezco algo? y 5) ¿Prueba esta forma de pensar que actuaré correctamente, seré feliz y obtendré buenos resultados? (Ellis y Lega, 1993).

El modelo ABCDE es el procedimiento central de la TRE, y dentro del mismo, además del debate se aplican otras muchas estrategias terapéuticas. Ellis describió una gran cantidad de métodos y estrategias, algunas de ellas son: las imágenes racionales emotivas, el uso del psicodrama en terapia, el propio uso del humor, los ejercicios de ataque a la vergüenza o el uso de metáforas, historias y leyendas, son algunas de las técnicas emotivas descritas por el autor. También propone el empleo del entrenamiento de habilidades, el uso de refuerzos y castigos, o el rol fijo de Kelly (actuar como si...), como algunas de las técnicas conductuales básicas (Ellis y Dryden, 1994).

2.2.3 Otros autores en reestructuración cognitiva

Para algunos autores (Caro, 2007) las terapias de reestructuración cognitiva concluyen aquí con los planteamientos de Ellis y Beck. Según otros autores, (Mahoney y Arnkoff en 1978) la reestructuración racional sistemática de Goldfried, Decenteceo y Weinberg (1974), y el entrenamiento autoinstruccional Meichenbaum (1977) también formarían parte de las terapias de reestructuración cognitiva, aunque por supuesto, tuvieron una repercusión mucho menor que los planteamientos de Beck y Ellis. Desarrollar de forma completa estas dos propuestas excedería los objetivos de este apartado, pero al menos sí quedarán definidas a continuación ambas propuestas de forma sintética, para completar la visión de la reestructuración cognitiva como un enfoque terapéutico.

Con el objetivo de sistematizar más la propuesta de reestructuración cognitiva de Ellis y aportarle un cuerpo teórico más robusto Goldfried propuso la Reestructuración Racional Sistemática como un procedimiento para enseñar a los clientes habilidades de afrontamiento. Goldfried planteó un modelo mediacional de la desensibilización sistemática creada por Wolpe, pues consideraba que en problemas de ansiedad no son siempre los pensamientos negativos preceden al malestar, si no que la ansiedad también puede aparecer por condicionamiento clásico (Goldfried et al.,1974). Rechazaba el ataque directo a las creencias irracionales de los clientes, tal y como Ellis planteaba y categorizaba el procedimiento de éste como caótico, por lo que él planteó una serie de pasos concretos: 1) Presentación, en términos no técnicos, del modelo racional así como de la relación entre pensamientos y emociones; 2) Revisión de los supuestos y tipos de creencias irracionales; 3) Análisis de los problemas del cliente en términos de terapia racional emotiva, revisando situaciones específicas que afectan al individuo y resolviéndolas de manera socrática; 4) enseñar a la persona a modificar sus verbalizaciones internas, poniéndolo en práctica en situaciones en las que siente ansiedad, así como a través de ensayos de imaginación y de role-playing.

Por su parte, el entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum (1977) se centra, más que en las creencias disfuncionales de la persona, en la capacidad de ésta para dirigir su propia conducta a través de ciertas verbalizaciones: las *autoinstrucciones*. El entrenamiento en autoinstrucciones, dirigido originalmente al tratamiento del autocontrol en niños hiperactivos e impulsivos, sigue una serie de pasos que, de forma progresiva, supone el traspaso del control desde una dimensión externa a una interna. (1) En primer lugar, el terapeuta modela la conducta mientras verbaliza las instrucciones en voz alta (fase de modelado cognitivo), (2) en segundo lugar, el terapeuta verbaliza las instrucciones en voz alta mientras el cliente realiza el comportamiento objetivo de entrenamiento (fase de guía externa), (3) a continuación, es el sujeto quien tiene que verbalizar las instrucciones, en voz alta, mientras realiza

la tarea (fase de autoguía manifiesta), después, (4) el sujeto hace de nuevo lo mismo pero repitiendo las instrucciones en voz baja (fase de autoguía manifiesta atenuada), y por último, (5) el cliente realiza las tareas diciéndose las autoinstrucciones para sí mismo, de forma encubierta (fase de autoinstrucción encubierta).

3. LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA COMO TÉCNICA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

A diferencia de las terapias de reestructuración cognitiva, que constituyen todo un enfoque terapéutico y lo definen, la reestructuración cognitiva como técnica es un elemento terapéutico más de la terapia, la cual está constituida por más técnicas de tratamiento y con cada una de ellas se persiguen unos objetivos específicos. En el enfoque terapéutico de reestructuración, el objetivo de toda la intervención se dirigía a modificar las creencias y pensamientos distorsionados y desadaptativos del cliente, dado que se suponía eran la causa esencial del malestar emocional que sufría. Sin embargo, cuando se decide incorporar la reestructuración cognitiva como una técnica más en el plan de tratamiento terapéutico, aunque el objetivo sigue siendo modificar pensamientos desajustados, éste sólo es uno de todos los objetivos que se persiguen. La formulación clínica de los casos suele tener en cuenta otras variables relevantes que influyen en el inicio y mantenimiento del problema psicológico, y por lo general, en pocos casos se suele considerar (aunque dependerá del análisis funcional) que los pensamientos o creencias irracionales sean la única causa del malestar del cliente, ni la reestructuración cognitiva, la única forma de abordarlo.

Aunque es cierto que la técnica de reestructuración cognitiva es, en gran medida una síntesis y combinación de las propuestas terapéuticas de los principales autores: Beck y Ellis, y por tanto pueda llegar a redundar al mencionar algunos temas, consideramos importante dedicar un espacio a la delimitación y descripción de este

procedimiento cuando se usa en terapia, pues es sobre esto sobre lo que trata la presente tesis doctoral.

3.1 Definición, componentes y procedimientos de aplicación de la técnica

Aunque ya se ha comenzado a esclarecer de qué hablamos cuando hablamos de reestructuración cognitiva, aún sigue faltando una definición consensuada de la misma, así como una delimitación clara de cuáles son los elementos y procedimientos que la constituyen. Tal y como se ha mencionado, diversas revisiones sistemáticas sobre el cuestionamiento socrático (Carey y Mullan, 2004; Clark y Egan, 2015) concluyen que la claridad con respecto a esta técnica es inexistente. Hablar de la técnica de reestructuración cognitiva puede aludir únicamente a uno de sus procedimientos: el debate socrático o puede referirse a la técnica compuesta por diversos elementos terapéuticos adicionales al debate. Pero en cualquiera de estos casos, no existe unanimidad con respecto al objetivo concreto que se persigue con la técnica o con el debate, ni cuándo debe aplicarse o la forma en la que se debe emplear.

En lo que respecta a su proceso de aplicación y a las estrategias, la reestructuración cognitiva se ha considerado una de las técnicas de intervención cuyo uso es más complejo, además de por las habilidades terapéuticas que suele requerir, porque no es una técnica tan pautada como otras (Bados y García, 2010). Además de esto, probablemente también se deba, como se ha mencionado, a la confusión terminológica, junto con la heterogeneidad de propuestas existentes. Teniendo esto en cuenta, describir de forma universal los componentes exactos de la técnica es una tarea inviable, pues cada manual, cada autor, cada investigador y cada terapeuta, hace, describe y combina de forma diferentes distintos procedimientos cuando hablan o aplican la reestructuración cognitiva. No obstante, a partir de las principales propuestas de los autores del enfoque, Ellis y Beck, y a partir de manuales básicos sobre técnicas de modificación de conducta que describen la técnica (Bados y García,

2010), se pueden identificar los principales componentes de aplicación de la reestructuración cognitiva y sus fases, como se expone a continuación:

Por una parte, podemos identificar el proceso de aplicación a través de diferentes fases consecutivas, con objetivos concretos: (1) Identificar los pensamientos problemáticos, irracionales; (2) Entender el impacto de dichos pensamientos en las emociones y comportamientos (3) valorar los pensamientos como hipótesis, susceptibles de ser evaluados y probados, (5) Evaluar y someter a prueba dichos pensamientos a través de diversas estrategias (4) Modificar y/o eliminar dichos pensamientos perturbadores reemplazándolos por pensamientos más racionales o adaptativos.

Por otra parte, los objetivos de las fases mencionadas suelen alcanzarse empleando diferentes métodos y herramientas:

- **Autorregistros.** Suelen emplearse en varios momentos de la intervención con diferentes objetivos. Los autorregistros en los que se evalúa la situación, el pensamiento y las emociones que éste genera, se emplean para evaluar e identificar pensamientos desadaptativos y/o irracionales y también mostrar al cliente la relación entre lo que piensa y cómo se siente, así como para examinar el tipo de errores cognitivos más frecuentes. En una fase posterior, cuando se está entrenando al cliente a modificar por sí mismo sus propios pensamientos irracionales, se suelen emplear los autorregistros, que suelen incluir otras columnas en las que el cliente debe reformular el pensamiento y anotar cómo le hace sentir. Ellis (1979) incluyó en su autorregistro ABC: situación activadora; cogniciones; consecuencias emocionales y conductuales. Después, durante el tratamiento propuso el registro ABCDE: evaluación de las cogniciones registradas; refutación y creencia racional eficaz; y efectos cognitivos, emocionales y conductuales de esta creencia. Existen propuestas similares como la de Clark (1989), que incluye además de las columnas de

Ellis la evaluación de la intensidad de las emociones experimentadas y el grado de creencia de los pensamientos.

- **Entrevista clínica y cuestionarios.** La entrevista es una herramienta esencial de los terapeutas para evaluar los pensamientos desadaptativos del cliente y su impacto en los problemas psicológicos. Además, con el objetivo de evaluar la intensidad o los tipos de pensamientos irracionales, incluso para valorar el cambio pre y post intervención, algunos terapeutas suelen emplear cuestionarios creados para tal fin, véase: *Escala de Actitudes y Creencias* (Caballo, Lega y González, 1986); *Inventario de Conducta Racional* (Shorkey y Whiteman, 1977).
- **Explicaciones, información y ejemplos** para explicar al cliente el papel de los pensamientos en las emociones y conducta, el tipo de pensamientos irracionales más comunes o cualquier otro aspecto relevante que pueda ayudar en el proceso de cambio de pensamientos.
- **Debate socrático.** Se trata de una de las técnicas centrales y definitorias de la reestructuración cognitiva, a la que dedicaremos un epígrafe completo. Es el cuestionamiento verbal, por parte del terapeuta, de ciertas cogniciones desadaptativas del cliente.
- **Experimentos conductuales** o cuestionamiento conductual. Es una forma de poner a prueba las cogniciones desadaptativas del cliente, pero en lugar de hacerlo mediante el debate lógico y la argumentación, se suelen pedir tareas para realizar fuera de sesión en las que el cliente ponga en marcha ciertas acciones cuyos resultados sean una prueba en contra de su pensamiento distorsionado.

Es importante señalar que, aunque estos sean los elementos y la forma de aplicación más habitual, no existen estudios empíricos específicos que hayan analizado si unos procedimientos son más eficaces que otros, si hay que seguir una

estructura concreta o una forma de aplicar la técnica que suponga unos mejores resultados. En un estudio de Calero, Froján, Ruiz y Vargas (2011) sobre los componentes de la reestructuración cognitiva, se analizaron las grabaciones de diversos casos clínicos en un centro privado de psicología cuyos terapeutas tenían una orientación cognitivo-conductual, y de las 87 sesiones de terapia analizada, pertenecientes a 22 casos distintos, se encontró que los procedimientos empleados en reestructuración cognitiva eran cuatro: (1) Explicación. Dentro de este procedimiento se incluían tanto las explicaciones al cliente de la teoría A-B-C, como cuando el terapeuta proporciona información sobre por qué ciertos pensamientos se consideran irracionales o disfuncionales y la explicación al cliente sobre el funcionamiento de la técnica de reestructuración. (2) El debate. En este grupo de estrategias se encontraba, tanto los debates de verbalizaciones desadaptativas entre terapeuta y cliente durante la sesión clínica, como los resúmenes sobre las ideas debatidas previamente, así como actividades en las que se entrenaba al cliente en la realización del debate consigo mismo. En el grupo de (3) propuesta de tareas para casa, se encontraban fragmentos de la sesión en los que el terapeuta proponía al cliente tareas y pautas de actuación para realizar fuera de sesión y, por último, (5) el repaso de tareas para casa en el que el terapeuta revisaba con el cliente las tareas propuestas en sesiones previas y que éste puso en práctica en el periodo entre sesiones. De todos estos elementos, fue el debate, el procedimiento más empleado por los terapeutas, seguido de las estrategias de explicación, la propuesta de tareas y el repaso de tareas para casa en último lugar.

3.2 El debate socrático

A pesar de ser tan solo uno de los componentes de la técnica de reestructuración cognitiva, se analizará con especial detalle en las siguientes páginas. Las razones para ocupar una mayor extensión y análisis son varias. Por una parte, porque es el tema principal de la presente tesis doctoral; por otra, porque para varios

autores, que se mencionarán a continuación, es mucho más que un componente de una técnica es casi una característica de la propia terapia y, por último, porque para muchos psicólogos es uno de los componentes de más difícil aplicación y de los menos estructurados (Bados y García, 2010).

3.2.1 Origen y definición

Los orígenes del debate se encuentran en el método que seguía Sócrates para enseñar a sus discípulos: Lo hacía mediante el diálogo, haciendo preguntas para que fuesen ellos mismos quiénes descubriesen los significados, en oposición al método instructivo, propio de la filosofía sofista de aquel momento. Sócrates consideraba que no era él quién proveía de conocimiento a sus alumnos, sino que ese conocimiento residía en ellos (aunque estos no lo supiesen) y que él, mediante el cuestionamiento, “daba luz” (término conocido como *mayéutica*) a dichas ideas. Sócrates alentó a los estudiantes a hacer uso de su propia base de conocimientos, a formar sus propias opiniones, así, la intención de las preguntas socráticas es alentar a la otra persona a revisar su punto de vista y desarrollar nuevas perspectivas (Westbrook, Kennerley y Kirk, 2011). Tal y como plantea Overholser (2011) el enfoque Socrático en psicoterapia combina concepciones relevantes de la filosofía antigua de Sócrates y Platón, con las estrategias desarrolladas en la terapia cognitivo conductual contemporánea.

El debate socrático, en el contexto clínico, es considerado por algunos autores el elemento esencial de la reestructuración cognitiva e incluso de las intervenciones cognitivo-conductuales (Overholser, 1991; Padesky, 1993; Beck, 1995), sin embargo, existe poca evidencia para apoyar esta afirmación. Existen dos estudios que parecen respaldar la importancia del Método socrático en los resultados del tratamiento (Braun, Strunk, Sasso y Cooper, 2015; Farmer et al., 2017). Sin embargo, nuevamente, tal y como se describía al inicio del capítulo al referirse a la

reestructuración cognitiva, con el debate, en particular, sucede lo mismo, existe cierta imprecisión terminológica. ¿Debate socrático, cuestionamiento socrático y método socrático es lo mismo? Lo cierto es que existen multitud de expresiones para referirse al debate. En la revisión de Carey y Mullan (2004) sobre debate socrático, se mencionaba que existen, al menos, hasta 11 formas distintas de denominarlo.

El cuestionamiento socrático para Beck era un atributo definitorio de la relación terapéutica (Beck et al., 1979) definido como "un método de descubrimiento guiado en el cual el terapeuta hace una serie de preguntas cuidadosamente ordenadas para ayudar al paciente a definir los problemas, a identificar pensamientos y creencias y a examinar el significado de los eventos" (Beck y Dozois, 2011, pp. 401). La capacidad de emplear de manera útil el cuestionamiento socrático se considera una competencia relacional de nivel básico para algunos autores, como muestra la escala *The Cognitive Therapy Rating Scale* (Young y Beck, 1980) que incluía el cuestionamiento socrático como parte de la evaluación de la interacción terapeuta-paciente. Así, el cuestionamiento socrático, en terapia cognitiva, se puede emplear para establecer objetivos para la sesión o la terapia, se puede incluir en el establecimiento de una agenda de la sesión, o en la revisión y selección de tareas terapéuticas (Kazantzis, Fairburn, Padesky, Reinecke y Teesson, 2014).

Algunos autores señalan diferencias claras entre algunos de los términos mencionados, como es el caso de Overholser (1988) quien considera que el cuestionamiento socrático y el método socrático no son lo mismo, pues el método socrático incluiría el uso del cuestionamiento sistemático, pero no sólo, sino que también involucra otros procedimientos. Clark y Egan, en su reciente revisión de la literatura, hicieron una propuesta de definición aglomerando las definiciones existentes sobre el método socrático, concluyendo, que tanto método socrático como diálogo socrático y cuestionamiento socrático, se podrían entender de forma similar bajo la siguiente descripción:

Exploración verbal (que incorpora preguntas, resúmenes y reflexiones de parte tanto del paciente como del terapeuta) que ayuda a los pacientes a tomar conciencia, reflexionar y lograr una percepción sobre un tema de discusión en particular y que incita a los pacientes a generar sus propias conclusiones (Clark y Egan, 2015, p. 865).

Además de las cuestiones terminológicas, existen otros aspectos sobre el debate que siguen sin ser homogéneos o claros, tal y como señalan diversos autores (Carey y Mullan, 2004; Clark y Egan, 2015): tales como (1) el procedimiento y componentes de aplicación; (2) el objetivo que se persigue con el debate; (3) la forma en la que ha de aplicarse en la intervención psicológica; (4) cuándo y en qué modo debe ser empleado.

Se describen, a continuación, algunas de las aportaciones más relevantes que algunos autores han realizado tratando de clarificar algunas de las incógnitas señaladas.

3.2.2 Procedimientos y aplicaciones del debate

Además de las propuestas de Beck y Ellis, detalladas previamente, Overholser realiza una aproximación de las más completas sobre las estrategias y componentes del método socrático. Para Overholser (2011), los elementos centrales que hacen la terapia cognitiva efectiva son: El empirismo colaborativo, el descubrimiento guiado y el método socrático. En lo que respecta al método socrático incluye seis elementos básicos: El cuestionamiento sistemático (1993a), el razonamiento inductivo (1993b), las definiciones universales (Overholser, 1994), la desautorización del conocimiento (Overholser, 1995), la auto-mejora (Overholser, 1996) y promover la virtud en el día a día (Overholser, 1999).

En lo que respecta a cuándo aplicar el debate socrático en terapia, la variedad de propuestas es amplia. Beck (1993) recomendó el uso del método socrático desde

el inicio del tratamiento. DiGiuseppe (1991), en cambio, considera que las estrategias didácticas se deben usar al inicio de la terapia y que el cuestionamiento socrático se debe usar más bien a medida que avanza la terapia. Por último, para otros autores como Westbrook, et al., 2011, el uso del mismo puede hacerse en diferentes momentos de la terapia y con muy diversos objetivos o aplicaciones: en la evaluación y formulación; en las tareas educativas o de entrenamiento, por considerarlo un enfoque colaborativo que influye en la motivación; para cuestionar ideas desadaptativas; como guía para la solución de problemas y búsqueda de soluciones; en el desarrollo de los experimentos conductuales; y aplicarlo en contextos de supervisión clínica.

3.2.3 Las preguntas del debate

A pesar de la complejidad de aplicación de la reestructuración cognitiva y la poca estructura y claridad de sus procedimientos, sí se han planteado directrices específicas sobre cómo llevar a cabo el debate socrático y el contenido de las preguntas que se han de realizar. Overholser (1993) sostiene que un buen cuestionamiento consiste en el uso de debates cortos que alternan el diálogo socrático con el no socrático. Se han descrito dos técnicas o métodos esenciales de realizar preguntas en el método socrático:

- El *cuestionamiento socrático*. Tal y como se ha descrito en las páginas previas, no hay una definición homogénea pero los aspectos comunes a este concepto hacen referencia a emplear preguntas para aclarar significados, provocar emociones y consecuencias, así como para crear una perspectiva o explorar acciones alternativas (James, Morse y Howarth, 2009). Si nos centramos en el contenido concreto de las preguntas, diversos autores hacen diferentes propuestas. Padesky (1993), describe cuatro pasos: (1) hacer preguntas informativas; (2) escuchar; (3) resumir y (4) hacer preguntas sintetizadoras o analíticas. Beck, por su parte, planteó que, aunque se pueden hacer muchas

preguntas, existen tres categorías principales sobre las que cuestionar: evidencia, gravedad y utilidad (citado en O'Donohue y Fisher, 2012). Este modelo parece uno de los más empleados, tal y cómo se refleja en los protocolos de aplicación de algunos autores como Bados y García (2010) que recomiendan: (1) examinar evidencia o validez de un pensamiento: “¿Qué datos tiene a favor de este pensamiento? ¿Cuál es la probabilidad de que esté interpretando correctamente la situación? ¿Existen otras interpretaciones alternativas?”; (2) examinar la utilidad de dicho pensamiento “¿Le ayuda este pensamiento a conseguir sus objetivos y a solucionar su problema?”; (3) suponiendo que es cierto el pensamiento identificar las consecuencias, la gravedad de lo que pasaría y qué se podría hacer para afrontarlo (*desdramatización* Bados y García 2010) “¿Qué pasaría si las cosas fueran realmente cómo piensa? ¿Su vida ya no tendría sentido? ¿qué podría hacer si lo peor ocurriera?”

- La *flecha descendente* (“Vertical arrow restructuring” o “downward arrowing”), descrita por Burns (1980) es una técnica de cuestionamiento que tiene como objetivo explorar creencias y significados subyacentes a pensamientos automáticos. El tipo de preguntas que se suelen emplear son: "Si eso sucediera, ¿qué significaría para usted?" O "Si eso fuera cierto, ¿qué tendría de malo eso?". Se centra en las implicaciones de tener tipos particulares de pensamientos: “¿Qué tiene de malo pensar eso?”.

3.2.4 Debate didáctico o descubrimiento guiado

Padesky (1993) propone que el debate forma parte del proceso de descubrimiento guiado y en él, el diálogo terapéutico debe tener como objetivo ayudar al paciente a considerar toda la información relevante y explorar explicaciones

alternativas en lugar de que el terapeuta intente argumentar o convencer a los pacientes de una conclusión específica. El objetivo no es cambiar las creencias del cliente, sino que éstos, por sí solos, generen sus propias soluciones. Además, considera que ni el terapeuta ni el cliente saben ciertamente cuál es la meta o el lugar al que llegarán tras el debate. Algunos autores han llegado a plantear que el objetivo del método socrático no es siquiera el cambio sino abrir un espacio para la conversación, considerando que las preguntas formuladas no debían ser ni retóricas ni pedagógicas, que no indiquen ningún tipo de dirección de la respuesta (Anderson y Goolishian, 1992). Otros autores, sin embargo, plantean la línea opuesta: consideran que el objetivo del debate sí es cambiar las creencias del cliente y que el terapeuta sí debe tener claro hacia dónde quiere conducirlo a través del debate socrático (Díaz, 1959 citado en Carey y Mullan, 2004). Incluso DeRubeis, Tang y Beck (citado en Carey y Mullan, 2004) señalan que Sócrates sí conocía exactamente hacia dónde iba con su línea de preguntas.

El principal desacuerdo con respecto al propósito del método socrático es, entonces, si los terapeutas conocen ya las respuestas que quieren que los clientes generen a través del debate y si han de guiarles en dicha dirección. Así, existen fundamentalmente dos perspectivas que conllevan dos tipos de estrategias diferentes en el método socrático (Bados y García, 2010; DiGiuseppe, 1991): (1) Los autores acordes al *debate socrático* para quienes el descubrimiento guiado es el proceso esencial, el terapeuta desconoce la respuesta final a la que quiere que llegue el cliente y las descubren junto con los clientes a través de dicho proceso de descubrimiento; y (2) los autores del *debate didáctico* quienes consideran que el terapeuta conoce la respuesta o la solución al problema del cliente y les hacen darse cuenta de su error así como aprender los pensamientos racionales adecuados. Ambas perspectivas van asociadas a una serie de estrategias, estilos y componentes. En el debate didáctico los terapeutas dan información directa al cliente y rebaten de forma clara los pensamientos inadecuados de éste. El terapeuta explica al cliente las ideas erróneas

que tiene, presenta pruebas en contra, contra-argumenta, señala las consecuencias negativas de seguir comportándose de determinada forma y, como debate que es, el paciente discute y plantea su perspectiva. En cambio, en el debate o diálogo socrático, se realiza un cuestionamiento de los pensamientos del cliente de forma más indirecta, principalmente, a través de preguntas. El terapeuta apenas da las respuestas, deja al paciente que llegue a la solución y no verbaliza la respuesta más adecuada.

Estas dos formas de debate suelen relacionarse con cada uno de los autores clásicos en reestructuración cognitiva: El estilo menos confrontador y de descubrimiento guiado es de Beck y otros autores relevantes en este campo como Padesky y Overholser también se adhieren a dicha perspectiva. En cambio, el estilo y aproximación más didáctica, directa, persuasiva y dirigida a la corrección de errores es propio del modelo de Ellis. No obstante, es importante señalar que ambas propuestas pueden no ser incompatibles entre sí, se pueden combinar debates didácticos con debates socráticos o graduar en qué medida se guía. De hecho, incluso dentro de aquellos autores que se adscriben al descubrimiento guiado, se plantean que el terapeuta sí suele tener una idea de la conclusión con respecto a una creencia más adaptativa que están tratando de ayudar al cliente a descubrir (Heiniger, Clark, Egan, 2018).

La controversia sobre cuál de estos dos métodos es mejor es uno de los grandes y clásicos debates en el campo de la enseñanza. Tal y como señalan Clark, Yates, Early, y Moulton (2010), el enfoque pedagógico más popular es que los estudiantes aprenderán mejor si descubren su propia solución a un problema o tarea, sin embargo, la evidencia empírica para los enfoques de descubrimiento no es clara. Klahr, y Nigam (2004), en su estudio con 112 niños, encontraron que muchos más niños aprendieron de la instrucción directa que del aprendizaje por descubrimiento. Tanto los estudios de Mayer (2004) en los que se revisaron los últimos cincuenta años de investigación, como los estudios de Kirschner, Sweller y Clark (2006), apoyan esta hipótesis, encontrando evidencia consistente contra el descubrimiento y a favor de la

instrucción guiada para todas las edades, todas las tareas y en todos los contextos. Los autores señalan que, pedir a las personas que están aprendiendo conocimientos complejos que descubran todo o parte del conocimiento, supone gran cantidad de esfuerzo y tiempo improductivo (Clark et al., 2010). No obstante, no parecen existir estudios lo suficientemente concluyentes en una dirección. Por una parte, también existe evidencia que muestra cómo el aprendizaje por descubrimiento supera significativamente a la instrucción directa (Lazonder y Harmsen, 2016; Schneider, Bumbacher, y Blikstein, 2015). Por otra, las principales críticas al aprendizaje por instrucción directa señalan que (1) la instrucción directa no parece ser una condición necesaria ni suficiente para una adquisición robusta o para el mantenimiento a lo largo del tiempo (Dean, y Kuhn, 2007); y que (2) parece demostrado que los estudiantes necesitan cometer errores cuando aprenden nuevos conceptos y la actividad debe estar diseñada de forma que se pueda permitir a los estudiantes actuar sobre estos errores de manera que avance su comprensión del fenómeno que se está resolviendo (Kapur, 2008); y esto no sucede en el aprendizaje por instrucción directa. Lo que se ha señalado es que, más allá del método elegido, hay que atender, tanto a las características particulares de cada persona en condición de aprendizaje, como a que los aprendices reciban el apoyo o la orientación adecuada (Lazonder, y Harmsen, 2016).

La evidencia mencionada en el campo educativo puede ser extrapolable en gran medida al contexto clínico, pues el contexto terapéutico no deja de ser un contexto de instrucción, enseñanza y aprendizaje. No obstante, atendiendo nuevamente al contexto terapéutico, y a la reestructuración cognitiva en particular, dejando a un lado la preferencia de los autores por uno u otro estilo a la hora de guiar el debate, existe poca evidencia empírica que compare los dos estilos y concluya la supremacía de una actuación frente a la otra en el debate. Además de los escasos resultados señalados previamente (Braun et al., 2015, Farmer et al., 2017) sobre la influencia positiva del método socrático en los resultados de la terapia; existe un

primer estudio que compara el método socrático frente al método didáctico. Heiniger et al. 2018, realizaron un estudio con 226 estudiantes de primer año de psicología a los que se les mostraron dos vídeos análogos de 10 minutos de terapia de debate y psicoeducación sobre la validez de una cognición catastrófica en el trastorno de pánico. Midieron varios aspectos relacionados con: Lo útil del método, la probabilidad de adherencia a las tareas terapéuticas, autonomía, empatía percibida, alianza terapéutica y su preferencia. Se encontró que los participantes prefirieron el método socrático (descubrimiento guiado) y lo consideraron más útil que la presentación didáctica de la información (instrucción directa); también se encontró relación entre la alianza terapéutica percibida, la empatía y el uso del método socrático, pero no se encontró evidencia suficiente para la relación entre adherencia, autonomía y método socrático. Por otra parte, también se halló que requería una mayor dedicación de tiempo y esfuerzo el emplear el método socrático en la terapia. Aunque este estudio pueda suponer una primera aproximación, lo cierto es que las condiciones de comparación no se pueden equiparar a un debate en reestructuración cognitiva con un método didáctico o un método de descubrimiento guiado, pues en una de las condiciones no hay debate como tal sino psicoeducación. Nuevamente, la evidencia al respecto sigue pareciendo poco concluyente.

4. CONSIDERACIONES FINALES

La reestructuración cognitiva, originalmente, no se sustentó en principios teóricos y empíricos sólidos, pero igualmente creció a un ritmo rápido y su uso se expandió enormemente. Las propuestas de las terapias cognitivas fueron planteamientos bastante extensos que contemplaban no sólo gran variedad de métodos y fases sino también recomendaciones y conceptualizaciones sobre otros aspectos relevantes de la terapia, como la relación terapéutica, las características de los buenos terapeutas, etc. Tanto Ellis como Beck, principales exponentes, aunque no

los únicos, partían del supuesto de que los problemas de los pacientes tenían que ver con pensamientos inadecuados y que, por tanto, la intervención debía ir dirigida, principalmente, a su modificación. Para dicha modificación, ambos autores planteaban un gran número de técnicas, donde no sólo las cognitivas eran las que debían emplearse para conseguir un cambio. La forma en la que cada autor plantea el cambio de las creencias o pensamientos de los pacientes tiene algunas diferencias; mientras que Ellis planteaba un cuestionamiento más directo e incluso agresivo; Beck planteó un modelo más indirecto, socrático y de descubrimiento.

Sin entrar a reflexionar sobre los aspectos conceptuales de estas propuestas (algo que se hará en el tercer capítulo), el calado en la práctica clínica de terapeutas, en manuales de intervención y protocolos de aplicación, así como la utilidad práctica en terapia de las propuestas de Beck y Ellis es innegable. No sólo es un procedimiento aplicado por terapeutas con un enfoque cognitivo o cognitivo conductual, sino que es aplicado por la gran mayoría de los terapeutas, independientemente de su enfoque. Esta es una de las razones que motivan su estudio y reconceptualización, junto con la falta de evidencia empírica sobre el funcionamiento concreto de sus procedimientos. Es importante destacar que las técnicas de intervención psicológica no pueden entenderse al margen de la interacción terapéutica como algo aislado ni como procedimientos a emplear en problemas tipo. Independientemente del marco conceptual original en el que nació la reestructuración, es una técnica aparentemente muy útil, ampliamente usada; será fundamental saber, entonces, por qué funciona y cómo aplicarla de la forma más eficaz posible, siempre a la luz de los principios de aprendizaje de la Ciencia Psicológica. Los componentes y principios que explican una técnica junto con el objetivo que se persiga en terapia, en cada caso, son los elementos fundamentales para elegir una u otra forma de hacerlo.

El presente capítulo comenzó exponiendo las principales dificultades que surgen cuando uno trata de conocer en detalle la reestructuración cognitiva: la poca claridad, ambigüedad y heterogeneidad de conceptos, métodos y procedimientos

obstaculizan su operativización, medida y aplicación. Conseguir una comunicación eficiente entre los miembros de la comunidad científica y poder obtener la máxima utilidad y eficacia en la práctica clínica y avances en la investigación empírica, pasa por explicitar con claridad los términos y los procedimientos que se emplean. Teniendo esto en cuenta, es esencial aclarar a qué nos referiremos en el presente trabajo cuando hablemos de reestructuración cognitiva. Partiendo de las definiciones de Clark (2013) y la de Bados y García (2010), aludiremos a la reestructuración cognitiva como una técnica de intervención psicológica, y no como un enfoque terapéutico, que incluye un conjunto de procedimientos o componentes dirigidos a enseñar al cliente a evaluar, identificar y modificar sus propios pensamientos desadaptativos y a sustituirlos por otros más ajustados, reduciendo así el malestar que éstos le causaban. Sirva esta definición para poder referirnos a una serie de estrategias y procedimientos específicos de ahora en adelante y no generar mayor confusión de la ya existente, no obstante, matizaremos más adelante esta descripción en el tercer capítulo de esta introducción teórica, reformulando y traduciendo la técnica de reestructuración cognitiva en términos del análisis aplicado del comportamiento, intentando aportar una explicación en términos funcionales.

En cuanto al debate socrático y más bien, cómo aplicarlo exactamente, es un aspecto controvertido y, sobre todo, con escaso respaldo empírico. Diversos autores a lo largo de los años han realizado aportaciones sobre el tipo de preguntas que hay que formular, en qué momento y de qué manera o con qué estilo ha de hacerse. El principal debate gira en torno a este segundo tema, si es preferible un enfoque o estilo de cuestionamiento directo en el que se dirige claramente a la persona hacia unos pensamientos más adaptativos o si, en cambio, es preferible que los descubra y genere siempre por sí mismo. Este segundo enfoque, el estilo socrático, ha sido mucho más seguido, no sólo en el contexto terapéutico. Sin embargo, en el debate en terapia, no existe evidencia empírica claramente a favor de uno u otro estilo. Sí consideramos fundamental aclarar que, dentro de las diferentes formas y estilos de guiar el debate

(en mayor o menor medida, de forma más didáctica, de forma más directa...) lo que no podemos asumir es que el terapeuta no sabe hacia dónde está dirigiendo al cliente. El terapeuta ha de saber hacia dónde quiere llevar al cliente, en la terapia en general y en el debate en particular, pues para eso es un profesional con un conocimiento experto. La relación entre terapeuta y cliente es desigual y cualquier otro planteamiento no posee un sentido ético claro. Por otra parte, aunque algunos autores consideren el debate como algo transversal a la terapia, desde nuestra perspectiva es únicamente un procedimiento más propio de la técnica de reestructuración cognitiva que puede ser explicado, probablemente, en términos de moldeamiento verbal como se expondrá más adelante.

De diferentes formas, diversos autores han tratado de aportar algo más de concreción sobre la reestructuración cognitiva y el debate, sin embargo, como conclusión tras esta revisión desde el nacimiento de este enfoque y a lo largo de los diferentes esfuerzos por aportar claridad sobre qué es y cómo funciona, parece aún quedan por resolver diversas cuestiones: ¿Es tan ampliamente usada en terapia como se informaba en el estudio de la APA (2003) hace más de 15 años? ¿Cómo la usan exactamente los terapeutas? ¿Siguen las propuestas de algunos autores sobre las preguntas a realizar o el estilo de debate? ¿Qué mecanismos explican el cambio? ¿De qué manera funciona mejor su aplicación? Todas las respuestas a estas cuestiones redundarán en una práctica clínica más eficaz y ayudarán a los terapeutas, en una de las técnicas de más compleja aplicación, a tener una idea más clara de cómo exactamente es mejor proceder y por qué. Algunas de estas cuestiones se han ido respondiendo ya, al menos parcialmente, tal y como se mostrará en los siguientes capítulos, pero otras muchas cuestiones aún no están resueltas y este trabajo trata de aportar hallazgos que contribuyan a estas respuestas.

CAPÍTULO 2

Investigación en reestructuración cognitiva

En este capítulo se realiza una breve revisión de las diferentes aproximaciones existentes en investigación al estudio de la reestructuración cognitiva. Tal y como se plasmó en el primer capítulo, la claridad con respecto a la reestructuración cognitiva, sus procedimientos y conceptualización es escasa y todo ello hace que los hallazgos de investigación sobre la misma puedan ser también confusos. Cuando en un estudio de investigación empírica se habla de eficacia de la reestructuración cognitiva ¿se habla de la misma como técnica o como enfoque terapéutico? ¿Se hace referencia al debate o a otros procedimientos terapéuticos? De todos los procedimientos que la componen ¿hay alguno que tenga un mayor peso en la explicación del cambio

terapéutico? Se sintetizará la principal evidencia empírica haciendo referencia tanto a estudios de eficacia como a estudios de procesos de cambio, contextualizando también los diferentes tipos de investigación en psicoterapia en general, analizando brevemente su desarrollo histórico y sus principales aportaciones y limitaciones. Por último, se abordará otro tipo de aproximación a la investigación en psicoterapia: los estudios experimentales de caso único aplicados en el contexto de la terapia psicológica, estudios experimentales que permiten establecer relaciones causales entre variables y que son ampliamente usados en análisis de conducta.

1. ESTUDIOS DE EFICACIA EN REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

1.1 Contextualización: la investigación de resultados en psicoterapia

Los estudios que se dirigen a hallar aquellos tratamientos psicológicos que tienen suficiente apoyo empírico son una parte esencial de la Psicología clínica y es importante encuadrarlas en su contexto para poder tener una comprensión integral de los estudios de eficacia sobre reestructuración cognitiva que describirán. En 1993, la División de Psicología Clínica de la Asociación Americana de Psicología (APA) estableció el Grupo de Trabajo sobre la Promoción y Disseminación de Procedimientos Psicológicos, con el objetivo de establecer criterios para identificar tratamientos con apoyo empírico, movimiento influido por otro de mayor envergadura: el de medicina basada en la evidencia inicialmente desarrollado en el Reino Unido (Herbert, 2003). El interés y florecimiento del estudio de los tratamientos eficaces en la psicología se vio influido por varios factores; por una parte, el mayor acceso y demanda de las personas a servicios sanitarios junto con el creciente gasto que esto suponía y la necesidad de encontrar el máximo beneficio para el cliente y menor coste de inversión económica; por otra, la evolución de la

psicología científica y el importante estudio de Eysenck (1952) en el que se plantearon la ineficacia o inadecuación de algunas terapias y, por último, el creciente desarrollo de los tratamientos psicofarmacológicos en competencia con la terapia psicológica (Pérez, 2003).

En los informes de la División 12 de la APA (Task Force on the Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995), emitidos en 1996 y 1998, dirigidos por Chambles, se aporta un listado de tratamientos eficaces para algunos trastornos psicológicos concretos, así como algunas recomendaciones clínicas (Chambless et al., 1996; Chambless et al., 1998). Para poder evaluar que un tratamiento ha sido eficaz, los trabajos debían cumplir una serie de criterios: a) que estuviera respaldado por dos o más estudios de diferentes grupos de investigación y con diseños experimentales: asignación aleatoria de participantes, grupo experimental y grupo control, mínimo 30 participantes por grupo, entrevistadores ciegos y ensayo clínico concurrente y prospectivo; b) tratamiento guiado por un manual de tratamiento claramente operativizado, con un número prefijado de sesiones; y c) desarrollado con una muestra de pacientes con problemas psicológicos que cumplieran criterios diagnósticos para un problema específico, además de la exclusión de pacientes con comorbilidad (Seligman, 1995). Así, el control férreo de variables y la validez interna se perfilaban como características esenciales de este tipo de investigaciones.

Desde el nacimiento de la División 12 de la APA en 1993 hasta el momento actual han acontecido numerosos cambios y avances. Durante las últimas dos décadas, el alcance de los tratamientos basados en la evidencia en los servicios y asociaciones nacionales de atención de salud han sido notables, convirtiéndose en la manera dominante de estructurar una gama de diferentes prácticas de salud (Berg y Slaattelid, 2017). Actualmente, la APA, define la práctica basada en la evidencia en

psicología como la integración de (1) la mejor investigación disponible, con (2) experiencia en el contexto clínico (3) teniendo en cuenta las características del paciente, cultura y preferencias (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Originalmente, la práctica basada en la evidencia, trataba exclusivamente el primero de estos puntos, las otras dos dimensiones se incluyeron solo después de las críticas mencionadas sobre la falta de conexión entre el conocimiento empírico y la práctica clínica, así como en respuesta a las preocupaciones sobre una interpretación de la aplicación de los tratamientos empíricamente validados de manera inflexible, dando lugar a un uso incorrecto y cuestionable (Berg y Slaattelid, 2017; Norcross, Koocher y Garofalo, 2006). Seligman (1996), fue uno de los autores que realizó una de las críticas más contundentes a los estudios de eficacia, indicando la idoneidad de complementarlos con estudios de efectividad que se llevan a cabo en entornos naturales. Así, la APA (2006), teniendo en cuenta la década de controversias en la que muchos psicólogos expresaron su preocupación por este enfoque centrado en tratamientos breves manualizados, comenzó a otorgar mayor importancia a la incorporación de otros aspectos en los estudios de investigación, señalando que la línea en la que continuar avanzando debía hacer énfasis en: las características de los pacientes como moderadores de la respuesta al tratamiento; estudiar la efectividad y hacerlo también con otras poblaciones, estudiar modelos exitosos en la toma de decisiones clínicas del tratamiento en relación a las preferencias de los pacientes, entre otros puntos. Planteó la incorporación de la prevención o la calidad de vida como medida de resultados tan válidos como la desaparición de “síntomas”.

1.2 Investigaciones de eficacia en reestructuración cognitiva

La confusión con respecto a qué es la reestructuración cognitiva ya fue señalada en el primer capítulo y una de las más claras implicaciones se hace patente a la hora de extraer conclusiones sobre los hallazgos en investigación, pues no tener claro qué

es exactamente (enfoque, técnica o proceso) y qué procedimientos incluye (debate, experimentos conductuales, explicaciones, etc.) hace difícil poder extraer conclusiones sobre sus efectos. Aunque pueda parecer contradictorio dado su amplio uso en terapia (Carey y Mullan, 2004), la evidencia directa sobre su eficacia no es abundante. Para referirse a la eficacia de la reestructuración cognitiva es necesario hablar de investigaciones sobre la eficacia de tratamientos cognitivos y tratamientos cognitivo-conductuales, pues la inmensa mayoría de los estudios sobre eficacia y efectividad analizan “paquetes de tratamiento” para problemas específicos y no estudian los efectos aislados de una técnica.

En general, las investigaciones sobre la terapia cognitiva suelen hacer referencia a la propuesta de Beck, dentro de la cual, la reestructuración cognitiva es una de las técnicas incluidas en el tratamiento. La eficacia de la terapia cognitiva para la depresión ha sido demostrada en diversos estudios clínicos aleatorizados (DeRubeis et al., 2005; Hollon et al., 2014; Hollon et al., 2005) y es sido un tratamiento con apoyo empírico según la División 12 de la APA (Chambless et al., 1998). Por su parte, el tratamiento cognitivo-conductual para la depresión, en el que también se suele incluir la reestructuración cognitiva entre otras técnicas, es de los tratamientos sobre los que más se han investigado y existe un amplio número de estudios que avalan su eficacia (Butler, Chapman, Forman y Beck, 2006; Cristea et al., 2015; Cuijpers et al., 2008; Cuijpers et al., 2013). En lo que respecta a otros problemas psicológicos, también existen multitud de estudios sobre la eficacia de paquetes de tratamiento cognitivo-conductual, entre los cuáles se incluye la reestructuración cognitiva para la modificación de pensamientos, como es el caso de: trastornos de ansiedad (Carpenter et al., 2018; Ladouceur et al., 2001); insomnio (Harvey et al., 2009; Okajima, Komada, y Inoue, 2010), problemas de alimentación (Carter et al., 2003; Fairburn et al., 2015) o cefaleas (Blanchard et al., 1990; Holroyd, Andrasik, y Westbrook, 1977), entre otros. No obstante, en estos estudios además de la

reestructuración cognitiva como parte del tratamiento también se incluyen otras técnicas, por lo que no supone evidencia directa sobre la eficacia de esta técnica.

También han de mencionarse, de nuevo como una medida indirecta de la eficacia de esta técnica, todos los estudios de resultados de los tratamientos de los autores clásicos de la reestructuración cognitiva: los estudios de resultados de la terapia cognitiva de Beck en diversos problemas psicológicos (Butler et al., 2006; Jakobsen et al., 2011; Strunk y DeRubeis, 2001) y también de la Terapia Racional Emotiva de Ellis (David et al., 2018; González et al., 2004; Eseadi, Anyanwu, Ogbuabor e Ikechukwu-Ilomuanya, 2016; Turner y Barker, 2013).

A pesar de que la mayor evidencia de esta técnica la aportan los estudios de eficacia de paquetes de tratamiento, también existen algunos estudios que se encargan de analizar únicamente la técnica de reestructuración cognitiva o de aislar sus efectos. Gherman, Alionescu y Sucală (2017) en su ensayo clínico aleatorizado, con pacientes con diabetes tipo II que reusaban de comenzar el tratamiento para la insulina, compararon la intervención con reestructuración cognitiva frente a placebo, encontrando resultados positivos para el grupo que había recibido la sesión de reestructuración cognitiva frente al grupo control. En esta misma línea, Shurick et al. (2012) que trataban de determinar si la reestructuración cognitiva tenía efecto a la hora de atenuar las respuestas de miedo condicionadas, también encontraron resultados positivos tras la aplicación de la técnica. Existen también otras investigaciones que estudian los efectos de la reestructuración de forma aislada y encuentran resultados positivos apoyando la evidencia sobre eficacia y efectividad de la técnica: en el tratamiento de la ansiedad social (Norton y Abbott, 2016; Shikatani, Antony, Kuo y Cassin, 2014; Taylor et al., 1997); en la modificación de variables relacionadas con el perfeccionismo (DiBartolo, Frost, Dixon y Almodovar, 2001); o en la conducta asertiva (Jacobs y Cochran, 1982), entre otros.

En lo que respecta a los estudios que analizan de forma aislada los resultados de una técnica, cabe mencionar también aquí aquellos que comparan una técnica con

otra para encontrar cuál de ellas aporta mejores resultados y en qué variables o síntomas tiene un efecto. En muchos casos, este tipo de estudios se encuentran a caballo entre la investigación de resultados y de procesos, por ejemplo, cuando se analizan los efectos de dos procedimientos de un mismo tratamiento en las mismas variables de resultados para conocer cuál de estos elementos explica más cambio; lo que se conoce como el estudio de los ingredientes activos de un tratamiento, que se desarrollará con más detenimiento en la próxima sección. En el caso de la reestructuración cognitiva, parecen abundar en la literatura de la última década los trabajos que comparan la reestructuración cognitiva con técnicas de tercera generación y, sobre todo, los estudios comparativos con aquellas técnicas de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) dirigidas a la modificación de la conducta verbal encubierta. Los resultados arrojados por estos estudios comparativos no parecen indicar una tendencia clara, pues hay evidencia en distintas direcciones. En el estudio de Deacon, Fawzy, Lickel, y Wolitzky-Taylor (2011) se comparó la reestructuración cognitiva con la defusión cognitiva en estudiantes con problemas de imagen corporal. En su estudio aplicaron una sesión de cada una de las técnicas y pautaron tareas para casa a lo largo de una semana. Los resultados indicaron que ambas técnicas produjeron mejoras sustanciales del mismo nivel que se generalizaron mucho más allá de los pensamientos específicos a los que se dirigía el tratamiento. Se encontraron diferencias específicas, como que el grupo de la reestructuración cognitiva mejoró un poco más tarde que el de la defusión, pero que también la reestructuración cognitiva provocó reducciones algo mayores en algunos pensamientos negativos. Por su parte, Dublin (2012), en su trabajo sobre ansiedad claustrofóbica en el que también comparó el efecto de la intervención en reestructuración cognitiva frente a la intervención en defusión cognitiva, encontró resultados similares: una reducción significativa en las diferentes variables medidas en ambas condiciones de comparación. Se encuentran resultados opuestos a los mencionados en el trabajo de Moffitt, Brinkworth, Noakes y Mohr, (2012) sobre el

control del impulso de comer. También en esta investigación se comparaba el efecto de la reestructuración cognitiva y la defusión cognitiva, encontrándose que las probabilidades de controlar el impulso de comer fueron significativamente más altas para los participantes de la condición de defusión cognitiva, concluyendo que la defusión era una estrategia de afrontamiento más eficiente e inmediata en el momento de resistirse a estímulos ambientales tentadores. Otro estudio que comparaba la reestructuración cognitiva con *Mindfulness* en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo encontró que, aunque el efecto fue similar en ambas condiciones, el grupo de aplicación de Mindfulness acarrea algunos beneficios adicionales. Sin embargo, no consideraron que se pudiera concluir la supremacía de un procedimiento frente a otro, más bien planteaban la unión de ambos procedimientos para lograr unos mejores resultados (Ludvik y Boschen, 2015). Siguiendo con las comparaciones entre reestructuración cognitiva y atención plena, Shikatani et al., (2014), en su estudio sobre problemas de ansiedad social, no encontraron diferencias significativas entre una y otra condición. Las conclusiones que se extraen sobre estos hallazgos parecen indicar que la reestructuración cognitiva, de forma aislada o en comparación con otras técnicas que tienen objetivos similares, es eficaz en líneas generales. Lo que aún no puede deducirse según las evidencias aportadas es la superioridad de esta frente a otros procedimientos.

1.3 Posibilidades y limitaciones de la investigación de resultados

Las investigaciones sobre tratamientos psicológicos empíricamente validados no están, ni mucho menos, exentas de limitaciones, más bien tienen multitud de aspectos controvertidos. Dado que excedería los objetivos de este apartado enumerar todas las críticas, se señalarán sólo las más destacadas. Por una parte, están las importantes limitaciones referidas a la validez externa: la clara dificultad para extrapolar los hallazgos del laboratorio a la intervención clínica cotidiana. Los estudios de eficacia tienen una escasa validez ecológica, pues las condiciones del

experimento no suelen representar las condiciones que se dan en la práctica clínica, en la que las intervenciones no están tan estructuradas, no se prefijan con anterioridad un número de sesiones, los terapeutas tienen diferente nivel de experiencia y no abundan los pacientes con una única problemática concreta y bien definida (Shean, 2012; Westen, Novotny y Thompson-Brenner, 2004). Por otra parte, en la comparación de resultados de tratamiento por grupo, aun consiguiendo un grupo homogéneo es imposible que no aparezcan las diferencias individuales entre los sujetos, puesto uno tiene su propia historia de aprendizaje, personalidad y variables disposicionales propias, que no se tienen en cuenta (Arias, Fernández y Perona, 2000). En definitiva, en el contexto clínico hay un ajuste constante a las necesidades y características de las personas y la terapia psicológica no tiene como objetivo, como ocurre en el caso del tratamiento médico, la curación de una serie de síntomas. El papel de la terapia puede ir más allá de la reducción de “síntomas” e incluso la reducción de estos no tiene por qué que ser la medida del éxito de un tratamiento, también es relevante evaluar las consecuencias de la terapia para la situación de vida del paciente: si el comportamiento a largo plazo ha cambiado, si la calidad de la vida del paciente mejoró, etc. (Pérez, 2001; Shean, 2012).

En cuanto a las limitaciones metodológicas, una de ellas era el propio método adoptado para evaluar las terapias con suficiente evidencia empírica. Para resumir el número de estudios que arrojaban resultados positivos de un tratamiento no se tenían en cuenta los resultados negativos hallados en la literatura sobre ese tratamiento. Así, un tratamiento se podría establecer como basado en la evidencia al encontrar un par de estudios que lo avalaran incluso teniendo muchos estudios en los que se mostrara que no lograron encontrar efectos en el tratamiento. Este hecho de no considerar explícitamente toda la literatura se veía agravado por el problema del sesgo de publicación que ya existe en investigación en Psicología (Herbert, 2003). Además de este aspecto, algunos autores señalan que el privilegio y abuso otorgado a los estudios

controlados aleatorizados que permiten a los investigadores realizar inferencias causales, a expensas de la validez externa, resulta peligroso. Por no mencionar el problema de extrapolar el modelo médico a la psicología, empleando, entre otros elementos, los diagnósticos como base para realizar investigaciones dada su escasa validez psicométrica (Berg y Slaattelid, 2017).

Hasta el momento, tan solo se han descrito inconvenientes de la investigación de resultados, pero no hay duda de que el estudio de la eficacia de las intervenciones terapéuticas tiene, o quizás tuvo, importantes ventajas: contribuyó a aumentar la concienciación sobre el valor de la psicoterapia y a promover su uso (Herbert, 2003); los organismos públicos pudieron tener criterios para financiar las terapias psicológicas empíricamente validadas; profesionales y usuarios pudieron tener criterios para saber qué tipo de ayuda ofrecer o buscar y, desde una perspectiva deontológica, se pudo definir de manera específica, y por tanto combatir, la mala praxis (Echeburúa, Corral Gargallo y Salaberría, 2010). Todos estos aspectos han de valorarse ponderando, no solo las limitaciones señaladas, sino también asumiendo qué objetivos se pueden alcanzar con cada tipo de investigación, pues los estudios de eficacia aun supliendo muchas de sus limitaciones seguirían dejando preguntas sin responder sobre cómo funciona la terapia y cómo se pueden mejorar los tratamientos. Es más, dado que ya se ha demostrado la eficacia de la psicoterapia y se ha encontrado que diversos enfoques parecen no diferenciarse en cuanto a su efectividad: ¿Qué aportan los estudios de resultados a la comprensión del fenómeno de cambio clínico? De acuerdo con Horvath (2016), el desarrollo de tratamientos eficaces para problemas concretos ha contribuido poco a resolver la cuestión básica del proceso psicoterapéutico sobre cómo funciona la terapia. Se necesita más trabajo sobre los mecanismos de cambio, saber más sobre ello permitirá construir un conocimiento más sólido sobre la comprensión del fenómeno que produce el cambio clínico.

2. ESTUDIO DE PROCESOS EN REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

2.1 Contextualización: investigación de procesos en psicoterapia

La investigación de procesos en terapia psicológica persigue responder dos cuestiones fundamentales: qué es y cómo se produce el cambio clínico. Aunque los inicios del estudio de procesos se sitúa en torno a los años 50, fue en los años ochenta cuando sufrió un gran impulso, principalmente debido que algunos estudios meta-analíticos de resultados parecían concluir que una buena parte de la eficacia de los tratamientos se explicaba por factores comunes (Smith & Glass, 1977) y como respuesta a las limitaciones mencionadas que enfrentaba la investigación de resultados. Así, el estudio de procesos se centró en estudiar momentos concretos de la terapia relevantes para el cambio, sus componentes y los mecanismos de cambio.

Algo característico del estudio de procesos es la diversidad y pluralidad de metodologías de investigación. Un aspecto común es el estudio del proceso en su contexto natural, en la propia sesión de terapia. Esto se realiza, habitualmente, a través de la recolección de grabaciones y transcripciones de terapeuta y paciente para su análisis y la creación de sistemas observacionales y codificación de la conducta verbal, lo que en ocasiones se complementa con autoinformes de terapeuta, paciente o de ambos. Tanto las técnicas cuantitativas como las técnicas cualitativas son ampliamente empleadas en este tipo de estudios y en los diseños de investigación, diversas variables son medidas periódicamente en diferentes puntos del proceso terapéutico, se suelen emplear tamaños muestrales reducidos y priman los estudios de caso (Krause y Altimir, 2016).

Al igual que existen diferentes métodos y diseños de investigación, existen diversas formas de estudiar los mecanismos de cambio en una técnica o en un enfoque terapéutico y distintos grados en los que dichos estudios consiguen responder a por qué dicho procedimiento produce cambio clínico. Aunque existen diversas

clasificaciones, la propuesta por Kazdin (2007) nos parece una de las más clarificadoras. Existen, por una parte, los estudios sobre mediadores y mecanismos de cambio; los primeros hacen referencia a las variables que median o pueden explicar (estadísticamente) la relación entre intervención y resultados; los segundos, explican los procesos o eventos que son responsables del cambio y cómo se produce dicho cambio. Aunque ambos tipos de estudios se parecen no son iguales, los primeros podrían demostrar, por ejemplo, que las cogniciones median el cambio en la terapia, sin embargo, los segundos, explicarían específicamente cómo se produjo dicho cambio, a través de qué pasos intermedios. Por otra parte, los estudios sobre los moderadores del cambio, que analizan qué características influyen en la dirección y magnitud de la relación entre la intervención y los resultados. También, Krause y Altimir (2016) plantean otra posible clasificación de la investigación de procesos atendiendo a las unidades de análisis de cada estudio. Existirían, por una parte, los macro-procesos, cuya unidad de análisis es la terapia completa y, por otra parte, los estudios del micro-proceso, cuya unidad de análisis serían las sesiones de la terapia o incluso segmentos concretos.

2.2 Estudio de procesos en reestructuración cognitiva

En lo que respecta a la reestructuración cognitiva, la investigación de procesos es numerosa y también diversa. Las dificultades señaladas previamente sobre cómo la falta de claridad metodológica y conceptual con respecto a la reestructuración cognitiva afecta a la investigación de resultados se dan de la misma manera en la investigación de procesos. A dichos problemas hay que sumarle la multitud y heterogeneidad de metodologías de investigación características de los estudios de procesos en terapia cognitiva, así como a la gran diversidad de medidas de cambio y los diferentes objetivos de estudio que se plantean (Calero, Froján y Montaña, 2011). Dada la multitud de literatura existente sobre investigación de procesos en

reestructuración cognitiva, a continuación, se mencionarán tan sólo algunos de los estudios que componen todo el cuerpo de investigación, aquellos que han supuesto una mayor aportación de conocimiento y/o que tienen una mayor relevancia o notoriedad sobre los elementos a través de los cuales se produce el cambio.

Una de las líneas de investigación de procesos más popular en reestructuración cognitiva es la de los “ingredientes activos” del tratamiento; centrada en comparar cuál de los componentes de la técnica o del enfoque explican en mayor medida el cambio terapéutico. Las investigaciones clásicas en esta línea son aquellas que compararon los procedimientos “conductuales” frente a los procedimientos “cognitivos²” de la técnica. Los estudios de Jacobson et al. (1996) sobre los componentes de la terapia cognitiva sugirieron que el componente de activación conductual produjo tanto cambio en los síntomas depresivos como la condición de Terapia Cognitiva completa. El estudio de Dimidjian et al. (2006), en el que se comparaba activación conductual, tratamiento farmacológico y terapia cognitiva con grupo control, encontró resultados en esta misma dirección. Se hallaron diferencias en la eficacia del tratamiento en aquellas personas que sufrían depresión más grave, donde la activación conductual era igual de eficaz que la medicación y ambos más eficaces que la terapia cognitiva. Además, los tratamientos con activación conductual supusieron un porcentaje mayor de remisión de síntomas. Después, Dobson et al. (2008) estudió estos mismos datos de Dimidjian, analizando el efecto de las diferentes condiciones a largo plazo (2 años), y, en este caso, no encontró diferencias significativas en la tasa de recaídas en las condiciones de activación conductual y terapia cognitiva. Es más, tampoco encontró diferencias significativas entre el grupo de activación conductual y el de medicación, pero sí en la condición de terapia cognitiva, grupo que mostraba mejores resultados.

² Aunque consideramos incorrecto hablar de lo cognitivo y lo conductual, dado que todo es conducta independientemente de que una sea manifiesta y la otra encubierta, mantendremos los términos originales empleados por los autores.

Recientemente, algunos autores (Nieto y Barraca, 2017), vuelven a comparar la intervención en activación conductual frente a terapia cognitiva en problemas de ansiedad. Los resultados muestran que ambos tratamientos son efectivos para reducir la intensidad de la respuesta de ansiedad, sin embargo, el grupo de activación conductual reporta más conductas de activación que el de terapia cognitiva. También en activación conductual hay una reducción significativa de pensamientos negativos en comparación con el grupo control. Por su parte, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el grupo de terapia cognitiva, que tiene más pensamientos automáticos positivos que el grupo control. Con estos resultados, los autores plantean su estudio como un apoyo más de la eficacia superior de las técnicas de activación conductual sobre las intervenciones que únicamente tienen componente cognitivo. Sin embargo, dichas conclusiones pudieran ser algo precipitadas, por una parte, por las claras limitaciones metodológicas de su investigación (tamaño muestral reducido, falta de medidas de seguimiento) y, por otra parte, porque tan sólo en una de las tres variables de resultado medidas (la que mide activación conductual), la activación conductual es superior al tratamiento cognitivo. De esta forma, afirmar que los componentes cognitivos son ingredientes menos activos del cambio es, quizá, impreciso o atrevido de momento, incluso después de toda la investigación al respecto; la suma de hallazgos que van en direcciones opuestas hace difícil extraer conclusiones claras. Lo que sí parece claro, de acuerdo con lo que estos mismos autores señalan, es que el componente de activación conductual en el tratamiento de algunos problemas psicológicos es un ingrediente relevante.

En cuanto a los mediadores del cambio, la mayor parte de los estudios suelen medir, mediante escalas, diferentes variables cognitivas en varios momentos del tratamiento, tales como actitudes disfuncionales, pensamientos negativos automáticos, planteándose complejos modelos mediacionales. Algunos investigadores han observado relaciones entre los cambios en el contenido cognitivo y los síntomas depresivos como evidencia de mediación, como es el caso del

metaanálisis de Garratt et al. (2007) o el estudio de Drapeau et al. (2018). Otros autores (Vittengl, Clark, Thase y Jarrett, 2014), sin embargo, planteándose comprobar esta misma hipótesis encuentran que el apoyo del cambio de contenido cognitivo como mediador de la reducción de los síntomas es un resultado inconsistente y débil. También el estudio de Teasdale, Scott, Moore, Hayhurst, Pope y Paykel (2001) concluye que el contenido de la cognición no media en la relación entre la terapia cognitiva y la reducción de síntomas en problemas de depresión. Este último autor, planteó otras posibles dimensiones que mediasen en el cambio en terapia cognitiva, encontrando que la “respuesta extrema” del cliente podría reflejar un estilo de pensamiento dicotómico que aumenta el riesgo de recaída de la depresión. No obstante, estudios que intentaron contrastarlo posteriormente concluyeron que la respuesta extrema no era un buen predictor de las recaídas (Ching y Dobson, 2010).

En tercer lugar, de cara a comprender el proceso mediante el cual la Terapia Cognitiva logra sus efectos, algunas de las variables de proceso más estudiadas sobre los moderadores del cambio, han sido: la alianza terapéutica, la adherencia del terapeuta a los comportamientos prescritos por manuales de tratamiento; y la propia competencia del terapeuta. El estudio clásico de Whisman (1993) identificó que la colaboración del cliente, así como la alianza terapéutica y la adherencia del psicólogo al modelo de la terapia cognitiva eran los factores que mejor predecían el cambio en terapia cognitiva. En cuanto a las variables relacionadas con el cliente, también Burns y Spangler (2000), encuentran que la participación de los pacientes en las tareas, y el entrenamiento y aprendizaje de habilidades en terapia cognitiva son factores importantes para predecir el éxito (Jarrett, Vittengl, Clark y Thase, 2011). En lo que respecta a la interacción de variables del terapeuta y del cliente, se ha encontrado una relación significativa entre la alianza terapéutica y el número de episodios depresivos previos al tratamiento (Lorenzo-Luaces, DeRubeis y Webb, 2014). Hallazgos de la última década sobre las variables del terapeuta como moderadores del cambio, brindan apoyo a que uno de los elementos que mejor predice el cambio de síntomas

de sesión a sesión en la terapia cognitiva para la depresión es la adhesión por parte del terapeuta a los métodos cognitivos, más que a la propia alianza terapéutica (Strunk, Brotman y DeRubeis, 2010; Strunk, Cooper, Ryan, DeRubeis, & Hollon, 2012). Se han llevado a cabo estudios más específicos en esta línea; dentro de la adherencia del terapeuta al modelo cognitivo, parece que la adherencia a pautas conductuales o instruir tareas para casa es particularmente predictivo de la reducción de los síntomas de la siguiente sesión (Sasso, Strunk, Braun, DeRubeis y Brotman, 2015). Por su parte, Braun, Strunk, Sasso y Cooper (2015) encuentran que existe relación entre el uso por parte del terapeuta del cuestionamiento socrático y el cambio de los síntomas de sesión a sesión en la terapia cognitiva para la depresión.

Con los datos mencionados hasta este punto, parece que después de décadas de investigación de procesos sobre reestructuración cognitiva tan sólo algunos aspectos de los investigados parecen un poco más claros, como que el uso del cuestionamiento socrático y el seguimiento por parte del terapeuta del método cognitivo son variables relacionadas con el éxito. También, que los componentes “conductuales” son elementos fundamentales en el tratamiento cognitivo. Sin embargo, otros temas que se han estudiado siguen siendo igual de controvertidos o poco claros: ¿realmente se puede concluir la supremacía de un ingrediente en la reestructuración cognitiva superior a otro? ¿Es el cambio de pensamientos lo que media en la eficacia de la reestructuración cognitiva? ¿Qué mecanismos de cambio explican la eficacia de la reestructuración cognitiva?

En este contexto de desconocimiento e inexactitud sobre los mecanismos de cambio que explican el funcionamiento de una de las técnicas más empleadas en las intervenciones psicológicas, se desarrollaron investigaciones de procesos que desde nuestro punto de vista sí podían comenzar a dar respuestas más precisas sobre el funcionamiento de la técnica. Son los trabajos que preceden a la presente tesis doctoral y que pertenecen a una línea de investigaciones de procesos en terapia psicológica más amplia: los trabajos del grupo de investigación para el análisis de la

conducta verbal en contextos clínicos con metodología observacional (AcoVeo), dirigidos por la profesora María Xesús Froxán Parga. Este grupo de investigaciones, formado por diferentes líneas o temas de estudio, desarrolló una línea temática centrada en el análisis de la interacción verbal entre terapeuta y cliente durante la aplicación de la reestructuración cognitiva. De sus numerosos trabajos, se obtuvieron diversos resultados que contribuyeron a clarificar el funcionamiento de la reestructuración cognitiva en terapia y que se resumen brevemente a continuación.

Se desarrollaron instrumentos de codificación de la conducta verbal del psicólogo y del cliente durante el debate, así como sistemas de observación de la efectividad de los debates, todos ellos, instrumentos con unos adecuados niveles de fiabilidad. También se estudiaron y describieron de forma operativa todos los procedimientos terapéuticos que componían la técnica de reestructuración cognitiva (Calero, Froján, Ruiz y Vargas, 2011) y se encontró que el elemento más empleado por los terapeutas era el debate. Por otra parte, se estudiaron las secuencias conductuales que definían el procedimiento terapéutico de debate (Calero, Froján, Ruiz y Alpañés, 2013) y una de las principales conclusiones de estos trabajos es que dicho debate podía explicarse en base a las leyes de aprendizaje; concibiéndose como un procedimiento de moldeamiento verbal a través del cual el psicólogo va dirigiendo la modificación del comportamiento del cliente desde verbalizaciones contrarias al objetivo terapéutico hasta llegar a la meta planificada. Algunos de los estudios principales de estos trabajos se detallarán específicamente en el último capítulo de esta introducción.

2.3 Posibilidades y limitaciones del estudio de procesos

Una de las primeras críticas a los estudios sobre factores y mecanismos de cambio en terapia es que, aunque son investigaciones que intentan dar respuesta a cómo se da el cambio clínico, no siempre unen este dato a los resultados del tratamiento. De forma que es posible que se dedique tiempo y recursos al estudio de procedimientos

que no se conoce si siquiera si obtienen o no buenos resultados. Adolecerían, de alguna manera, de la desventaja señalada en los estudios de resultados al dejarse el otro elemento por analizar. Obviamente, el objetivo no debe ser estudiar únicamente lo que funciona y por qué, tan interesante (incluso más) es investigar lo que no funciona y por qué, pero en ambos casos, estudios de resultados y de procesos han de ir unidos.

En lo que respecta a la medida de los mecanismos de cambio, también se han señalado algunos inconvenientes. Kazdin (2007) planteó que es bastante probable que la evaluación de dimensiones de cambio clínico en momentos puntuales de un estudio no capte el curso del cambio, pues varía el ritmo y forma en la que cambian unos y otros individuos. Esta conceptualización del cambio individual se basa en la idea de que la psicoterapia es un proceso continuo en el tiempo.

Las posibilidades y ventajas del estudio de procesos son amplias. Por una parte, incluso los mejores paquetes de tratamiento no ayudan a todas las personas y el estudio de los mecanismos de cambio podría poner el foco en los aspectos o componentes del tratamiento que tienen un papel importante para algunas personas. Por otra parte, llegar a entender los mecanismos de cambio en la terapia puede ayudar a una mejor comprensión del funcionamiento de problemas psicológicos, así como a la comprensión de las variables que influyen en su curso y evolución. Poder integrar aquellos moderadores y mediadores que se han demostrado empíricamente con un efecto en los resultados, pueden emplearse como estrategias para adaptar más el tratamiento a los individuos y así poder dar una mejor respuesta a las necesidades individuales de los pacientes, optimizando así los paquetes de intervención (Laurenceau, Hayes y Feldman, 2007).

También el estudio de procesos presenta algunos desafíos. Uno de ellos es modificar el modelo simple de evaluación del cambio estudiado hasta el momento, en el que un solo mecanismo conducía a un único resultado; pues no da cuenta del complejo entramado del cambio clínico: cada factor puede tener múltiples

implicaciones o efectos en los resultados y las investigaciones han de diseñarse acorde a ello (Kazdin, 2007).

Para terminar, algunas de las posibles mejoras que podrían realizarse en el estudio de procesos podrían dirigirse, entre otros aspectos a: (1) el análisis de la interacción de los momentos significativos de la terapia que producen avances, (2) incluir con mayor frecuencia estudios de caso único, (3) usar diseños experimentales o nomotéticos; (4) estudiar la interacción entre la alianza terapéutica y los eventos que facilitan el cambio en psicoterapia; (5) describir de manera accesible para los clínicos, los resultados sobre procesos (Horvath, 2016; Knobloch-Feddersa, Elkinb y Kieslerc, 2015); (6) definir mejor los tiempos en los que se tomarán medidas y adecuarlos a las características del caso y del problema; (7) aumentar la frecuencia de evaluación de las dimensiones a estudiar a lo largo del proceso terapéutico y que sean medidas sistemáticas (Laurenceau et al., 2007; Kazdin, 2008). Todo ello permitiría conocer lo esencial de la realidad clínica y enlazar el qué y el cómo funciona la terapia.

3. OTRAS APROXIMACIONES AL ESTUDIO DEL CAMBIO CLÍNICO: LA METODOLOGÍA EXPERIMENTAL DE CASO ÚNICO

El objetivo central de los estudios experimentales de caso único, a partir de ahora SCED (Single-Case Experimental Designs), es determinar si existe una relación causal o funcional entre una variable independiente manipulada por el investigador y un cambio en la variable dependiente (Smith, 2012). Son varias las características que reúnen estos estudios; (1) la evaluación continua de resultados, que proporciona la información básica de la que dependen las fases de evaluación e intervención para la toma de decisiones; (2) la evaluación de la línea base, en la que se describe el

rendimiento o funcionamiento actual y se predice cómo será la respuesta una vez se aplique la intervención (3); las definiciones operativas de la conducta así como el acuerdo entre observadores y (4) la adecuada validez interna y validez externa (Kazdin, 2016; Rizvi y Ferraioli, 2012).

Existen diferentes diseños experimentales, algunos de los más conocidos son los diseños ABAB y los diseños de Línea Base Múltiple. El primero de ellos es uno de los diseños más simples con los que se puede mostrar una relación causal, es un diseño de reversión en el que tras una fase de línea base (A), se introduce la variable independiente (B) y después se retira (A), volviendo a evaluar el efecto de ésta. Por último, se reintroduce la variable independiente (B) para replicar los efectos del tratamiento. Este diseño, al requerir la retirada de la variable independiente para confirmar la hipótesis tiene algunos inconvenientes éticos importantes. Por su parte, los diseños de base múltiple, también uno de los más empleados, permiten estudiar los efectos de la variable independiente sin tener que retirarla, a través de múltiples participantes, conductas o contextos (Cooper, Heron y Heward, 2007). Estos diseños, a su vez, tienen múltiples variedades, combinaciones y singularidades, sin embargo, no es el objetivo de este capítulo realizar un análisis pormenorizado de todo ello; para tal fin, los manuales citados exponen de manera muy completa todos estos aspectos.

Los estudios experimentales de caso único son, para algunas áreas de la Psicología, el método de investigación por excelencia, como es el caso del análisis aplicado de conducta. Según Smith (2012), el inicio de los SCED se remonta a los años 80, fundado por Fechner (1889), Watson (1925) y Skinner (1938) y su uso se ha dirigido tanto para el desarrollo de teorías, así como para el análisis de procesos interpersonales, el estudio del comportamiento de los organismos y para la determinación de la efectividad de las intervenciones psicológicas, entre otros temas de investigación.

Estos estudios han sido menos empleados en la investigación en psicoterapia, especialmente en el área de la evaluación de tratamientos, donde se ha tendido a

priorizar el uso de enfoques de comparación de grupos a gran escala (Rizvi y Ferraioli, 2012). Con frecuencia, los diseños grupales se valoran superiores porque minimizan, aunque no eliminan, las principales amenazas de validez interna, sin embargo, los SCED proporcionan un método de evaluación alternativo riguroso y metodológicamente sólido (Smith, 2012). En este sentido, la generalizabilidad de los estudios de investigación suele ser un punto elemental en la evaluación de los diferentes métodos. A este respecto, una de las aproximaciones más conocidas y destacadas es la de Sidman, en 1960, sobre la evaluación de datos en investigación científica. Para este autor, los hallazgos de las investigaciones de comparaciones de grupo, al no reflejar las diferencias individuales, no aportan datos que puedan ser generalizables. Su propuesta radica en mejorar el control de la variabilidad individual y la replicación directa como puntos básicos (Arias et al., 2000). Así, las dimensiones responsables de las diferencias individuales pueden explorarse de manera sistemática con los SCED y proporcionar una manera de evaluar el cambio y el impacto de las intervenciones para cada individuo que, sin requerir grupos de control o comparación, aporten evidencia transferible. Los diseños experimentales de caso único son, no sólo son una alternativa viable sino también el enfoque más apropiado en ciertas circunstancias: las mismas preguntas que se plantean en la evaluación de la eficacia de tratamientos se pueden responder con suficiente rigor, validez y menos participantes (Rizvi y Ferraioli, 2012).

Un último punto destacable de esta metodología es que el estudio pormenorizado e intensivo de cada individuo puede explicar mejor por qué funciona o no funciona una intervención, es decir, los mecanismos de cambio. También, se obtiene una medida y *feedback* continuo de los datos que permite, a su vez, una toma de decisiones que beneficia tanto a los clientes mientras la intervención se lleva a cabo, como al propio control experimental. Así, estos estudios permiten la implementación gradual de una intervención antes de su aplicación a gran escala y esto da margen para corregir y modificar la intervención (Kazdin, 2016).

Esta metodología de investigación parece que está aumentando recientemente en las últimas décadas, tal y como señalan algunos autores ([Maggin](#), O’Keeffe y Johnson, 2011), aunque sigue a la sombra de los diseños de grupo, mucho más frecuentes en casi todas las áreas de la psicología. Como muestra de este incremento, destaca el desarrollo reciente de la primera Guía para la elaboración de informes para estudios experimentales de caso único; SRIBE (Single-Case Reporting Guideline In Behavioural Interventions) de Tate et al. (2016). Al igual que existía una guía sobre cómo se debían realizar los estudios controlados-aleatorizados e informar sobre ellos (por ejemplo, la guía CONSORT), se estimó necesario desarrollar unas pautas claras para este tipo de intervenciones. Esta guía se elaboró dado, no sólo su mayor uso en los últimos tiempos, sino también viendo que se incurría en importantes fallos a la hora de describir los trabajos de investigación (Tate et al., 2016). El objetivo de esta guía es informar a los autores que llevan a cabo sus estudios y publicaciones, sobre qué se debe describir del estudio y cómo. El informe contiene 26 ítems referentes a todos y cada uno de los aspectos relevantes de un estudio; desde el diseño, los participantes, hasta las medidas, materiales, integridad o fiabilidad de los procedimientos, entre otros aspectos.

Una de las críticas frecuentes a estas investigaciones tiene que ver con la replicación. Los experimentos pueden ser replicados por otros en la medida en que haya habido una descripción exhaustiva del procedimiento de tratamiento, de la medición de resultados, etc. Todas estas descripciones son características definitorias los SCED, por lo que es difícil que puedan fallar en este punto, aunque es cierto que hasta hace poco tiempo no existían unas guías estandarizadas de calidad sobre cómo elaborar informes de investigación de los experimentos ([Leitenberg, 1973](#)). Las futuras líneas de mejora que algunos autores señalan son abrir la investigación SCED a otras formas de medición que no sea únicamente a través de la medición por observadores, como incluir la medida de las evaluaciones de auto-reporte ecológico diario (EMA; ecological momentary assessment), siempre cumpliendo unas

adecuadas propiedades psicométricas. También plantean que algo deseable sería que las agencias dedicadas a la financiación de estudios de efectividad y eficacia, pudieran apreciar las ventajas de la implementación de este tipo de estudios (Smith, 2012).

4. CONSIDERACIONES FINALES

La reestructuración cognitiva es una técnica ampliamente empleada en clínica y eficaz para el tratamiento de una variedad de problemas psicológicos, tal y como diversos estudios de resultados han demostrado repetidamente a lo largo del tiempo. Quizá, debido a las limitaciones propias de los estudios de eficacia junto a la falta de claridad sobre cuándo y qué se está estudiando realmente en los paquetes de tratamiento, resulta difícil concluir sobre el efecto de esta intervención. Sin embargo, existen también otras investigaciones que sí estudian los componentes aislados de la técnica y que respaldan la evidencia de su efecto. En la mayoría de estas investigaciones los componentes con los que se compara la técnica suelen ser tan eficaces como la reestructuración, sin poderse concluir de ellos, de forma rotunda, la superioridad de unas técnicas frente a otras. Con todo ello, no es precipitado afirmar la eficacia de la reestructuración cognitiva.

Se han desarrollado multitud de investigaciones tratando de descomponer los elementos de la técnica que explican el cambio en terapia. Los componentes “conductuales” de la reestructuración cognitiva son eficaces y también lo son los componentes “cognitivos”, aunque parece que los primeros lo son en mayor medida en una fase aguda de los problemas depresivos y los segundos muestran mejores resultados en la tasa de recaídas a largo plazo. Una cuestión sobre la que reflexionar a este respecto es, una vez investigados con estudios de importante valor metodológico, ¿realmente es de utilidad enfrentar un componente con otro hoy en día?

Desde nuestra perspectiva esta forma de enfocar algunas investigaciones presenta algunos problemas. Los primeros hacen referencia a aspectos terminológicos y conceptuales: la conducta verbal, ya sea encubierta o manifiesta, es conducta igualmente y se rige por los mismos principios de aprendizaje, hablar de conductual y de cognitivo es un error. Sin embargo, incluso en enfoques que se definen o manifiestan una concepción contextual y analítico funcional, siguen enfocando su atención a contrastar los efectos entre lo conductual (activación conductual) y lo cognitivo (reestructuración cognitiva); como si el componente de activación conductual fuera más conducta o más conductual que las verbalizaciones encubiertas. Desde luego que no es la única razón para que los autores de estas investigaciones desde la tercera generación defiendan el contraste entre uno y otro componente, no queremos hacer una crítica de trazo grueso. Estos autores aluden a otros argumentos teóricos, en los que también encontramos algunos problemas, para fundamentar su postura, y tendrá lugar una revisión crítica al respecto en el siguiente capítulo.

Los estudios de moderadores del cambio, por su parte, encuentran diferentes variables que pueden afectar al cambio: la colaboración del cliente, la alianza terapéutica, el seguimiento del psicólogo al modelo cognitivo, entre otros. En cuanto a los estudios de mediadores del cambio, una buena parte de ellos estudian si el componente cognitivo (de cambio de pensamientos o verbalizaciones) es un elemento mediador en el cambio cognitivo. Esta hipótesis de partida, a priori, no parece ser una potencial gran aportación; tiene sentido teórico y clínico que un cambio en las verbalizaciones del cliente en terapia esté relacionado con un cambio en las verbalizaciones del cliente medidas a través de ciertas escalas destinadas a tal fin. Así, encontramos que algunas de estas investigaciones suponen una aportación relativa a la clarificación de los procesos de cambio en reestructuración cognitiva. Por un lado, no llegan a responder exactamente a cómo afecta ese supuesto moderador al cambio clínico; por otro, tal y como plantea Kazdin (2007), prácticamente

cualquier cosa puede ser un moderador del cambio, haría falta filtrar y tener claros algunos aspectos teóricos.

Tanto los estudios de resultados como los de procesos han hecho aportaciones relevantes, aunque no exentos de limitaciones. Probablemente el progreso en psicoterapia requiera la aplicación de diversos métodos de investigación. Una de las metodologías que también puede suponer aportaciones relevantes al campo de la psicoterapia es la de los estudios experimentales de caso único. En los últimos años ha aumentado el empleo de estos estudios y ya existen estándares de calidad que guían la elaboración de dichas investigaciones y publicaciones. Aunque más escasos que el estudio de comparación de grupos en la investigación en psicoterapia, el estudio experimental de caso único puede responder a las mismas cuestiones con la misma rigurosidad, adaptándose a cada sujeto y pudiendo dar respuesta no sólo al estudio de resultados sino también al de procesos, volcando relaciones causales o funcionales entre variables. Estos estudios se perfilan como una alternativa que pueda suplir algunas de las limitaciones reseñadas de los estudios de resultados y procesos; pudiendo medir el cambio en todos los momentos del proceso terapéutico, ajustándose a cada individuo, con una gran validez ecológica y midiendo de manera rigurosa los cambios en la variable dependiente. Todas estas razones nos llevan a incorporar en la presente tesis doctoral un estudio experimental de caso único, con el objetivo de estudiar relaciones causales entre diferentes variables en el estudio de los mecanismos de cambio de la reestructuración cognitiva; estudio que, hasta donde conocemos, por el momento no se ha puesto en marcha en reestructuración cognitiva en el contexto clínico y que quizá pueda dar respuesta a algunas de las preguntas que aún están por resolver; relacionadas con poder contrastar si existen relaciones causales entre algunos elementos que investigaciones observacionales han señalado como responsables del cambio clínico en reestructuración cognitiva.

Los avances en investigación en psicoterapia son paulatinos y acumulativos, entre otras razones porque, en general, la ciencia no avanza en línea recta y a ritmo constante. Y en particular, porque responder a qué y cómo funciona la terapia psicológica es complejo, más aún cuando la comunidad científica comparte sólo ciertos objetivos; los temas y los métodos que se emplean para comprender el fenómeno cambian periódicamente, y todo ello hace que no todos los esfuerzos sumen (Horvath, 2016).

Para finalizar, queremos hacer una última reflexión citando las palabras de Llobell, Frías y Monterde, (2004) con las que no podemos estar más de acuerdo: “sólo hay una Psicología Clínica aceptable, aquella que se sostiene sobre los principios del método científico” (pp. 6). Es importante señalar que un tratamiento no es más científico porque haya demostrado ser eficaz, puede que sus bases conceptuales no tengan una adecuada validez científica. Lo mismo ocurre con la investigación de procesos, las teorías sobre el funcionamiento del comportamiento guían los diseños de investigación y, en muchos casos, en estudios de mediadores o moderadores del cambio se plantea un análisis de variables que, al no partir de una conceptualización teórica compartida o adecuada (al apoyarse en constructos hipotéticos, definiciones tautológicas y concepciones dualistas), no aportarán una respuesta directa sobre los mecanismos de cambio clínico.

Todo esto no significa que los estudios que comparten estas características descritas no sean útiles, ni mucho menos. Lo que sí es importante enfatizar es que ocuparse de los aspectos teóricos y epistemológicos de la disciplina es un elemento esencial y transversal a todos los estudios de investigación mencionados. También es un elemento crítico olvidado comúnmente a la sombra de las críticas metodológicas a las que se les da gran importancia en la valoración crítica de estudios de investigación en psicoterapia.

CAPÍTULO 3

La reestructuración cognitiva desde un punto de vista conductual

En este tercer capítulo se dará una explicación sintetizada sobre la conceptualización del pensamiento y del lenguaje desde una perspectiva conductual. Aunque pueda parecer alejado del tema central del trabajo, se comenzará repasando algunos de los mitos más comunes con relación a la concepción de los procesos mentales para clarificar la perspectiva teórica de partida sobre lo que entendemos por cognitivo. El estudio sobre los mecanismos de cambio en reestructuración cognitiva en esta tesis se basa en el estudio de la conducta verbal que emplean terapeuta y cliente, por lo que es esencial clarificar a qué nos referimos cuando empleamos estos conceptos también para comprender cómo se han diseñado los estudios empíricos. Después, se detallará cómo se ha entendido y estudiado la conducta verbal en investigación y sus aplicaciones en el

campo aplicado del contexto clínico, así como los estudios empíricos principales de la interacción verbal en reestructuración cognitiva que preceden y enmarcan esta tesis: el debate en reestructuración cognitiva como un proceso de moldeamiento y de encadenamiento verbal. En el último lugar, se completará la formulación del debate socrático con una reflexión original que reconceptualiza en términos conductuales algunas de las estrategias verbales, estilos y componentes propios de esta técnica.

1. LENGUAJE Y CONDUCTA VERBAL: ASPECTOS TEÓRICOS Y EMPÍRICOS BÁSICOS

1.1 Mente, cerebro y procesos mentales: falacias conceptuales

Hasta el momento, se ha hecho referencia constantemente a términos como creencias, pensamientos o a lo cognitivo, tratando de exponer de forma aséptica el origen y características de la reestructuración cognitiva o los estudios empíricos sobre la misma, sin pararnos a explicar nuestra perspectiva al respecto desde el análisis de conducta, así como algunos de los errores conceptuales más importantes del empleo de estos términos.

El primer aspecto que aclarar tiene que ver con el concepto de lo mental y de las operaciones mentales. La principal crítica hace alusión a la concepción dualista de la mente. Su origen, aunque no fue exactamente la primera alusión que se hizo en la historia, se suele identificar con la obra de Descartes, que recogió de manera sistemática una serie de postulados filosóficos sobre la relación mente-cuerpo. Tal y como describió Ryle (1949), el dualismo cartesiano que afirma que todos los humanos tenemos un cuerpo y una mente, cada uno de distinta naturaleza, es un mito. Un mito originado por un uso incorrecto del lenguaje, por un error categorial que asumió categorizar la mente como un estado, proceso o causa y el cuerpo en un plano distinto, como algo físico, material o mecánico. Descartes planteó, además, cómo se producía la interacción mente-cuerpo; el organismo funcionaba como una máquina movido por causas no identificables, causas que se hallaban

debajo de la piel (Novoa, 2002). Estas concepciones dieron lugar a diversos errores conceptuales sobre la explicación de la voluntariedad de los actos, las causas de la conducta, de lo interno y lo externo o de lo subjetivo y de lo objetivo, entre otras. Errores que se fueron arrastrando a lo largo del tiempo, que aún hoy en día conviven en nuestra disciplina y que, por supuesto, forman parte de las asunciones teóricas de las terapias cognitivas.

Por una parte, estas explicaciones dualistas dieron lugar a la concepción del cerebro como el responsable de las acciones y como el lugar de lo subjetivo. Con respecto al primer aspecto, el cerebro como responsable de las acciones, lo cierto es que el dualismo cartesiano sigue muy presente en algunas versiones, no en todas, de la Psicología. Una de las falacias más habituales derivadas de esta conceptualización pasa por atribuir a la mente o a la voluntad un carácter explicativo del comportamiento, cuando estos conceptos no son los que explican si no los que han de ser explicados: “*Hizo eso porque es lo que deseaba*”; este es un ejemplo de una explicación vacía y tautológica sobre las causas de la conducta. Se creyó superar el dualismo cartesiano pasando a fisicalizar la mente en el cerebro, desde una perspectiva monista materialista; atribuyéndole numerosas acciones psicológicas, otorgándole una agencialidad especial según la cual es el propio cerebro el que razona, el que siente, el que decide. Ese fenómeno, denominado por algunos autores como *cerebrocentrismo* (Pérez, 2011), cae de nuevo en un error conceptual, un mito que se conoce como “falacia mereológica” que consistiría en otorgar a las partes propiedades que en realidad son atributos pertenecientes a un todo. Un ejemplo sencillo sería atribuir a las patas de un animal el hecho o la causa de correr, sin tener en cuenta al organismo como un todo. La alternativa que plantea este mismo autor, desde el materialismo filosófico, pasa por no enmarcar al cerebro en un altar ni atribuirle la causa de las acciones, sino situarle en el cuerpo y situar al cuerpo en el individuo y al individuo en el mundo, entendiendo el cerebro como un elemento de carácter interactivo y no causante (Pérez, 2011). En relación con el segundo aspecto, la mente o el cerebro como el lugar de lo subjetivo, es importante señalar cómo lo subjetivo es más bien un

constructo hipotético y no tiene carácter causal. Lo subjetivo, no existe en términos empíricos, sino que existe en tanto que la comunidad verbal emplea este término para describir una serie de interacciones pero que no tiene cabida en la explicación de la conducta humana (Ribes, 1982).

Por otra parte, el dualismo también se tradujo en la dicotomía interno-externo, lo interno era lo subjetivo, los procesos mentales, que no se podían medir; lo externo era lo objetivo y lo observable, causado por fuerzas internas. Conceptualización que tampoco tiene cabida en la explicación de la conducta como interacción del organismo y del ambiente; donde ésta no es un producto de algo ni tiene localización, sino que la conducta es interacción (Ribes, 1982). Así, desde el análisis del comportamiento se atiende y explica el mundo privado, desde una posición en la que dichos eventos no tienen un estatus físico o metafísico especial ni son causas de la conducta, son conducta (Skinner, 1963). Los eventos públicos y los privados son observables (para uno mismo o para otros) y ambos son explicados por los mismos principios de aprendizaje, por lo que, desde el conductismo radical, la distinción público-privado es de poca importancia. Tal y como describe Freixa (2003), la diferencia de accesibilidad a la observación de la conducta atañe al observador y no a la conducta que se observa; así, la esencia de ésta no se ve modificada. Ambos, públicos y privados, son eventos naturales de los organismos, que es la característica básica necesaria para que sean objeto de estudio de la ciencia de la conducta (Baum, 2017).

Aunque la concepción skinneriana de los eventos privados no está exenta de críticas desde del propio conductismo (véanse Bueno, 2011 o Ribes, 1982), la tomaremos como referencia para explicar algunos fenómenos como el pensamiento, identificado clásicamente como el proceso mental por excelencia y que es preciso operativizar.

1.2 El pensamiento desde el análisis de conducta

El comportamiento encubierto descrito por Skinner hace referencia a sensaciones corporales y a pensamientos. Con relación a las primeras, a pesar de ser nosotros mismos los principales observadores de estas, es nuestra comunidad verbal la que nos enseña a identificarlas y a describirlas a partir de nuestras conductas manifiestas, en muchos casos. En cuanto al pensamiento, la principal diferencia entre la conducta de pensar y el resto de las conductas, tal y como se ha comentado, es únicamente el carácter encubierto que posee. Aunque es cierto que, normalmente, se ha defendido que pensar es un acto exclusivo del ser humano, ello no supone que existan otros principios de aprendizaje diferentes que lo expliquen. La mayor parte de lo que se identifica como pensamiento, aunque no todo, tiene que ver con hablarnos a nosotros mismos, es, por tanto, conducta verbal³. Skinner definió la conducta verbal como una conducta operante que requiere la presencia de otra persona para su reforzamiento: el oyente, y, al igual que otras conductas operantes, ésta puede ser definida en términos funcionales y está sujeta al control de estímulos. De esta forma, cuando el hablante se comporta consigo mismo como oyente, y cuando su conducta no es observable por los demás, solemos hablar de pensamiento (Skinner, 1957).

Tanto Skinner como Vygotsky (1964) sostienen la idea de que el habla aparece primero en el ámbito social y después aparece en el ámbito individual mediante un proceso de “interiorización”. La conducta verbal se va interiorizando, una vez adquirida, por diferentes contingencias de reforzamiento: (1) por “economía del esfuerzo”, pues es una comunicación más rápida y fácil; (2) por la disminución de la demora del reforzamiento, ya que oyente y hablante comparten

³ Los términos conducta verbal, conducta vocal y lenguaje no son sinónimos, aunque sí son términos relacionados. Según Baum (2017), se habla de lenguaje como algo que se posee. Cuando una persona “usa el lenguaje”, normalmente, involucra comportamiento verbal pero no siempre tiene por qué ser así, por ejemplo, al escribir un libro se hace uso del lenguaje, pero no es conducta verbal. También ocurre al revés, algunos comportamientos verbales, como señalar, pueden no considerarse usar el lenguaje o, por ejemplo, un bebé que emite sonidos como el llanto podría considerarse conducta verbal pero no podría considerarse “usar el lenguaje”. La conducta vocal haría referencia al empleo del aparato fonador para emitir sonidos; así, la conducta verbal puede ser vocal o no vocal, elemento definitorio para considerarla verbal es que sea reforzada por otros organismos de la misma comunidad verbal del hablante.

el mismo repertorio verbal, es más fácil que se conozcan los hechos que verbalizan y es una audiencia siempre disponible; (3) por evitación de posibles castigos a los que se pudiera someter la conducta verbal al hacerla pública; o (4) por simple autoestimulación (Pérez, Gutiérrez, García y Gómez, 2010). No obstante, pensar no sólo ha de identificarse con un momento de silencio o de no hacer algo, pensar es una operante que se puede dar en otras circunstancias, una persona puede pensar en voz alta e, incluso, dos personas pueden estar pensando, hablándose, sobre cómo solucionar un problema (Pérez, 2012). De esta forma, pensar no siempre estaría caracterizado por su carácter privado.

Pensar es una actividad normalmente identificada con lo que ocurre cuando una persona está resolviendo un problema. Desde la perspectiva skinneriana, la conducta que se observa cuando un individuo resuelve un problema se distingue por el hecho de que cambia otra parte de su conducta y es reforzado cuando lo hace. Los problemas surgen cuando las contingencias de reforzamiento son complejas y no existe una respuesta disponible eficaz (Skinner, 1969). La resolución de problemas está relacionada con la construcción de reglas y, aunque se entrará en detalle sobre esto un poco más adelante, conviene señalar que una regla sería la formulación de estímulos discriminativos verbales que especifican respuestas y las consecuencias que le siguen. Cuando nos enfrentamos a un problema, creamos “señales” que van marcando el camino correcto, creamos estas señales o estímulos discriminativos de forma verbal por su utilidad: más fáciles de recordar y hace posible la ejecución en cualquier parte. Además, dichos estímulos verbales que construyen las personas al resolver problemas son útiles a otros. Así, el sujeto puede resolver problemas siguiendo las reglas construidas y transmitidas por su comunidad verbal y, también, puede construir reglas basándose en la experiencia directa y en autoestimulaciones encubiertas (Pérez et al., 2010). Los tipos de razonamiento como la inducción y la deducción también son conceptualizados por Skinner en su propuesta sobre solución de problemas (1966). En la inducción, se crean reglas en base a la experimentación de contingencias directas, es la construcción de una regla capaz de guiar el comportamiento para un

conjunto de contingencias. La deducción sería la construcción de reglas a través de la manipulación de otras reglas. Deduciendo generaríamos reglas en base al examen de otras reglas (de primer orden), o bien en base al análisis de la descripción de contingencias de dichas reglas.

En esta misma línea de la resolución de problemas, existen otros eventos privados habitualmente identificados con el pensamiento, la reflexión o el razonamiento. La creatividad es uno de ellos; tiene que ver con dar una respuesta novedosa en un contexto sin que la misma cuente con una historia previa de reforzamiento directo. El comportamiento creativo podría suponer la generalización de ciertas respuestas ya disponibles en el repertorio del organismo ante situaciones novedosas. Dicho comportamiento no existe en función del pensamiento ni es exclusivo de los humanos. Por último, decidir, también suele ser una actividad que se identifica con pensar o, al menos, lo que hace la persona antes de verbalizar o ejecutar la decisión. Normalmente, lo que hacemos al reflexionar sobre una decisión es exponernos a estimulación suplementaria, probablemente, anticipar los consecuentes asociados a respuestas para elegir la más reforzante (Pérez et al., 2010).

Por último, tal y como se mencionó en las primeras líneas de este apartado, no todo el pensamiento es conducta verbal. Podemos pensar de manera no verbal, en forma de imágenes o sonidos. Esta conducta de “ver en ausencia de la cosa vista” no significa que hagamos copias del mundo y lo almacenemos en la mente: “El organismo no almacena las contingencias que lo afectan. Estas nunca están dentro de él; simplemente cambian al organismo” (Skinner, 1974/1977, pp 101). Imaginar es un comportamiento perceptual, poder ver una cosa en su ausencia se explica porque pueda resultar reforzante hacerlo o porque al hacerlo, esto nos permita emitir un comportamiento que luego será reforzado. La respuesta de imaginar puede suponer la producción de estímulos discriminativos que sean útiles para ejecutar una conducta futura, bien pública o privada.

1.3 Principales investigaciones sobre conducta verbal

Skinner (1957), en su obra *Conducta verbal*, hizo un análisis funcional de la misma y clasificó las operantes verbales en diferentes categorías en función de las variables de control a las que están sometidas: *tacto*, *mando*, *ecoica*, *autoclítico* e *intraverbal*. Su célebre obra supuso una gran aportación a la comunidad científica, aunque también generó importantes controversias y críticas. Algunas de las críticas más relevantes que se han realizado al planteamiento de Conducta Verbal han sido: 1) los problemas lógicos y conceptuales de la propia definición de conducta verbal entre los que se incluye un análisis insuficiente de la conducta del oyente, dándole un papel únicamente como mediador de consecuencias (Ribes, 2008; Schlinger, 2008); 2) haber realizado una propuesta de categorías laxa y con algunas incongruencias (Ribes, 2008) y 3) el planteamiento de un trabajo teórico carente de apoyo empírico (Hayes, Blackledge y Barnes-Holmes, 2001).

Las duras críticas a la obra de Skinner se tradujeron en que en los casi treinta años posteriores las investigaciones sobre Conducta Verbal fueran muy escasas. Es en 1969, cuando Skinner habla de la conducta gobernada por reglas, cuando comienzan a incrementarse los estudios sobre conducta verbal. Aunque no fue la primera distinción en la historia sobre estas dos clases de conducta, pues ya Ryle distinguió entre el saber cómo y el saber qué (Vaughan, 1989); Skinner (1969) diferenció entre la conducta moldeada por las contingencias y conducta gobernada por reglas, conductas, aunque topográficamente similares, diferenciadas por las variables que las controlan. A diferencia de la conducta moldeada por las contingencias, comportamiento directamente controlado por las relaciones entre las respuestas y sus consecuencias, la conducta gobernada por reglas hacía referencia a una conducta que estaba bajo el control antecedente de un estímulo que especifica contingencias: una regla.

El planteamiento de Skinner sobre conducta gobernada por reglas fue todo un referente e impulsó las investigaciones sobre conducta verbal, a la vez que fue duramente criticado e incluso hoy en día, la conducta gobernada por reglas no cuenta con una definición o planteamiento consensuado desde el análisis de

conducta. Una de las principales críticas era a la consideración de regla como un estímulo discriminativo; pues el efecto de estas conductas no era inmediato ni se daba en presencia de todos los estímulos que se especificaban en la regla y, en caso de funcionar únicamente como estímulo discriminativo, quizá no era de utilidad hacer tal distinción entre la conducta moldeada por las contingencias y la gobernada por reglas (Hayes et al., 2001; Schlinger y Blakely, 1987). Diferentes autores realizaron diferentes aportaciones tanto a la definición de regla como a las explicaciones sobre su funcionalidad. Algunos estuvieron de acuerdo con la definición de Skinner de estímulo discriminativo (Poppen, 1989); otros autores consideraron que podía funcionar como una operación de establecimiento (Malott, 1989); Schlinger, por su parte, propuso que era un estímulo alterador de funciones (Schlinger, 1990) y para otros autores como Glenn (1989) las reglas tenían que poder ser identificadas y definidas teniendo en cuenta sus aspectos formales y no funcionales, independientemente de la conducta que controlasen. También existió cierta confusión entre aquellos autores que consideraron el seguimiento de reglas e instrucciones como intercambiables (Vaughan, 1989).

La conducta gobernada por reglas despertó numerosas reflexiones y análisis, entre otras razones porque tocó uno de los temas, probablemente, más relevantes para el avance en la comprensión del estudio del lenguaje, que hacía mención a su referencialidad, a las propiedades que posee la conducta verbal para ejercer control sobre la conducta de las personas de manera demorada, incluso cuando sus elementos no están presentes. Uno de los aspectos más polémicos e investigados sobre la conducta gobernada por reglas fue su supuesta insensibilidad a las contingencias. Así, en los años de los 80, las investigaciones sobre conducta verbal despertaron importantes líneas de investigación, entre las que destacan: la insensibilidad a las contingencias; la correspondencia decir-hacer y las relaciones de equivalencia. No es el objetivo de este capítulo relatar estas líneas de investigación, tan sólo se hará referencia de forma muy sintética a las ideas principales que se pueden derivar de las mismas para entender las implicaciones

que pudieran tener en la explicación del funcionamiento de la reestructuración cognitiva.

Una de las líneas de investigación más conocidas es la iniciada por el grupo de Catania (Catania, 1989; Catania, Matthews y Shimoff, 1982; Matthews, Catania y Shimoff, 1985; Matthews, Shimoff, Catania y Sagvolden, 1977; Shimoff, Catania y Matthews, 1981; Shimoff, Matthews y Catania, 1986) sobre la insensibilidad a las contingencias. Se estudió la sensibilidad a las contingencias de respuestas verbales y no verbales previamente moldeadas o instruidas y se concluyó que existían diferentes niveles de insensibilidad. De manera muy resumida, los resultados de esta línea de trabajo no son concluyentes, principalmente por los problemas hallados en el diseño experimental de los estudios, que mostraban que la supuesta insensibilidad a las contingencias se explicaba por no permitir a los sujetos un contacto completo con las contingencias de reforzamiento (Newman, Hemmes, Buffington y Andreopoulos, 1994). Por su parte, en el campo experimental de las instrucciones, algunos autores plantean que no se puede hablar de sensibilidad o insensibilidad de las instrucciones a las contingencias de reforzamiento de forma general, porque los programas de reforzamiento no son idénticos para todos los sujetos (Perone, Galizio y Baron, 1988). Con todo esto, la crítica a la supuesta insensibilidad a las contingencias de la conducta gobernada por reglas es que no se puede hablar de insensibilidad como una característica propia de las mismas, per se, tal y como proponía Catania; lo que no implica que, efectivamente, pueda haber condiciones que las hagan más o menos sensibles o insensible a las contingencias.

En lo que respecta al estudio de la conducta gobernada por reglas en el contexto clínico, se han desarrollado también diversas propuestas para comprender el papel que las reglas tienen, tanto en el desarrollo o mantenimiento de problemas psicológicos, como en el cambio terapéutico de los clientes. Dada la extensión de estas propuestas sobre las reglas en clínica, se mencionarán de forma muy sintética algunos elementos relevantes. Para revisiones detalladas al respecto, existen excelentes trabajos a los que acudir (véase Vargas, 2011). En cuanto a la influencia

del seguimiento de reglas en los problemas del cliente, según algunos autores, en función de la relación que se establezca con según qué tipo de reglas, se explicaría el desarrollo de ciertos problemas psicológicos. Se han descrito fundamentalmente tres tipos de reglas, son el *Pliance*, donde existe una historia de reforzamiento por el propio seguimiento de reglas en sí mismo, las consecuencias del seguimiento de reglas están mediadas por otros; el *Tracking*, en el que las consecuencias del seguimiento de reglas están más bien asociadas a las consecuencias directas de la propia conducta; y el *Augmenting*, donde las reglas tienen la capacidad de alterar las propiedades reforzantes de determinados estímulos y, en consecuencia, influye en cómo la consecuencia altera la conducta (Hayes, Zettle y Rosenfarb, 1989; Törneke, Luciano y Valdivia-Salas, 2008). También desde la Teoría de los Marcos Relacionales se plantea que el seguimiento de reglas por parte del cliente puede influir en los problemas psicológicos, pero no tanto en función del tipo de regla, si no en función del grado de seguimiento de las mismas. Un excesivo seguimiento de reglas puede hacer que el sujeto emita conductas rígidas y obsesivas, tienda a evitar gran variedad eventos públicos y privados potencialmente aversivos y se daría un aumento de la insensibilidad a las contingencias. Por el contrario, un seguimiento deficitario de reglas influiría, principalmente, en problemas de autocontrol (Baruch, Kanter, Busch, Richardson y Barnes-Homes, 2007, citado en Vargas, Martínez y Froján, 2018). Aunque quizá menos conocidas, existen propuestas, como la de Poppen (1989), entre otros, que describen la influencia del seguimiento de reglas, no por el tipo o grado de seguimiento sino más bien por la inexactitud o inadecuación en su descripción respecto a las contingencias. Así, dichas reglas erróneas se mantendrían porque: en algunas ocasiones la descripción sí se corresponde con las contingencias, porque el propio seguimiento de reglas puede ser reforzante por reducir la ambigüedad entre reglas que entran en conflicto, por obtener la atención de los demás, por la evitación de tareas tediosas, o incluso porque las inconsistencias con la regla pueden no ser tan obvias cuando no están bien descritas (Poppen, 1989). Por último, el estudio de la conducta gobernada por reglas también se ha realizado poniendo énfasis en el papel de las verbalizaciones

en forma de regla que emite el terapeuta en terapia y que ayudan al cambio clínico del cliente (Vargas, 2011; Vargas, Pardo, Martínez y Froján, 2018). Desde esta línea, se plantea que dichas verbalizaciones del terapeuta pueden desempeñar un importante rol, tanto en facilitar la construcción de reglas eficaces por parte del cliente, como en la generalización y mantenimiento del cambio terapéutico.

Volviendo a las líneas de investigación sobre conducta verbal, una de las líneas más relevantes para comprender cómo se adquieren nuevos conceptos y significados se corresponde con los experimentos sobre equivalencia de estímulos, iniciados por Sidman (Sidman y Tailby, 1982). En estos experimentos se trata de comprobar, de forma experimental, si se da el aprendizaje de relaciones arbitrarias entre estímulos que no han sido entrenados previamente. Son tareas de discriminación condicional con estímulos que tienen una relación arbitraria de emparejamiento con la muestra. Primero se enseña a los sujetos a igualar un estímulo de comparación a un estímulo de muestra y en la fase de prueba, sin reforzamiento contingente, se comprueban otras relaciones derivadas: reflexividad, simetría y transitividad. Se deduce que de las relaciones de equivalencia se da una transferencia de funciones entre estímulos, propiedad básica del aprendizaje simbólico. Este paradigma ha sido ampliamente investigado, entre otras cuestiones, por la relación que pudieran tener estos hallazgos para la comprensión de conductas humanas complejas como el pensamiento y el lenguaje, así como por sus implicaciones en áreas aplicadas de la psicología como la clínica. Así, desde este paradigma, las relaciones de equivalencia entre una palabra y su referente formarían la base del comportamiento simbólico del lenguaje. A pesar de la multitud de investigaciones experimentales sobre relaciones de equivalencia, lo cierto que existe una clara controversia sobre el modelo teórico que realmente pueda sustentar y explicar todos estos hallazgos empíricos. Existen diferentes propuestas teóricas, la mayor parte de ellas se han realizado desde el condicionamiento operante, asumiendo una supuesta conducta relacional que surge a partir de contingencias de reforzamiento (Delgado y

Medina, 2011). Algunos autores consideran que la equivalencia de estímulos descrita por Sidman formaría parte de un fenómeno más global de los seres humanos, una operante generalizada por la que aprendemos a responder a estímulos simbólicos; esta operante involucraría una respuesta relacional, un proceso básico del comportamiento verbal humano (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001). Esta propuesta teórica para explicar los hallazgos experimentales en el campo del estudio de las relaciones de equivalencia es la Teoría de los Marcos Relacionales (Hayes et al, 2001). Las otras dos propuestas, también desde el condicionamiento operante, son la de Sidman, quien plantea que la equivalencia forma parte de unas características de los humanos, mediante la que los estímulos de una contingencia de reforzamiento pueden intercambiarse entre sí; y la de Horne y Lowe, quienes proponen que la nominación de estímulos posibilita la transferencia de funciones y la formación de relaciones de equivalencia (Avellaneda y Menéndez, 2016).

Además de estas propuestas teóricas, algunos autores plantean que el condicionamiento operante no puede dar cuenta de la explicación completa del fenómeno (Tonneau, 2004) y plantean el condicionamiento respondiente como teoría explicativa de las relaciones de equivalencia. Uno de los autores que inicialmente hizo referencia al papel del condicionamiento clásico en el desarrollo del lenguaje fue Staats, y una de las obras más relevantes sobre ello fue *Aprendizaje, lenguaje y cognición* (1967/1983). El autor planteó que algunas de las funciones del lenguaje implican el control del comportamiento mediante la evocación de respuestas emocionales a través del lenguaje. Para Staats, el significado del lenguaje es una respuesta condicionada clásicamente. Es interesante traer aquí su explicación sobre los experimentos de Sidman, tal y como explica en una entrevista realizada por Virués-Ortega (2004): *“lo que Sidman hace es utilizar la metodología del análisis experimental del comportamiento en lugar de la vieja tecnología del condicionamiento clásico pero el fenómeno es esencialmente el mismo”* (pp 79). Nos centraremos a continuación en desarrollos más recientes del condicionamiento clásico para explicar el lenguaje, enmarcados

en líneas de investigación a partir de los años 80. Diversos autores han hallado evidencia de que el condicionamiento clásico puede explicar la formación de clases de equivalencia (Leader y Barnes-Holmes, 2001; Tonneau, Arreola y Martínez, 2006). Tal y como resumen Delgado y Medina (2011), la principal crítica al condicionamiento clásico es que es insuficiente para el estudio de relaciones más complejas al estar limitado por tres cuestiones: 1) la programación de un orden temporal entre estímulos incondicionado y condicionado, 2) la naturaleza biológica del estímulo incondicionado y 3) la ausencia de contigüidad espacial y temporal de otros estímulos con el estímulo condicionado e incondicionado. Sin embargo, existen aportaciones empíricas, como la de Tonneau y González (2004) o la de Delgado y Medina (2011), entre otras, que muestran como la emergencia de las relaciones de equivalencia, sin entrenamiento previo de los estímulos y en ausencia de reforzamiento, se puede explicar en base al precondicionamiento sensorial o el condicionamiento de segundo orden. Es más, estos dos procesos de aprendizaje respondiente son algunos de los procesos de aprendizaje estudiados en organismos no humanos antes de que la equivalencia de estímulos se abordara desde el paradigma operante, en estudios clásicos como el de Holland (1981) que puede considerarse un experimento análogo a los de equivalencia de estímulos (Delgado y Medina, 2011).

Así, es posible que el poder explicativo del condicionamiento clásico vaya más allá de lo que se creía, suponiendo todos estos hallazgos una reconceptualización del propio paradigma respondiente en la que algunas de las condiciones planteadas como requisitos de este paradigma, probablemente, no formen parte del mismo. Condiciones como la relevancia biológica del estímulo incondicionado o el orden temporal de presentación de los estímulos, puede que no sean condiciones definitorias de este proceso. De esta manera, el paradigma de condicionamiento respondiente parece aportar una explicación suficiente y parsimoniosa de la transferencia de funciones hallada en las relaciones derivadas (Delgado y Medina, 2011; Tonneau, 2004).

Siguiendo el planteamiento de Tonneau (2011) en el área aplicada de la intervención clínica, el mismo autor reflexiona sobre la modificación de las creencias disfuncionales y concluye que la comprensión del cambio de creencias en la terapia cognitiva solo será posible si los fenómenos en cuestión no se intentan encajar prematuramente y a la fuerza en conceptos teóricos que, aunque familiares, son en muchos aspectos inadecuados. Considera que tanto los modelos cognitivos como los operantes son temporalmente moleculares en los que los fenómenos psicológicos se consideran en un intervalo temporal arbitrariamente corto y, sin embargo, los procedimientos de modificación de creencias son holísticos e implican cambios en una amplia clase de actividades interrelacionadas. Según Tonneau, el proceso de modificación de creencias parece involucrar cambios estructurales en el control de las secuencias a través de la presentación de estímulos que han sido correlativos con los constituyentes ambientales anteriores. Concretamente, plantea que la modificación cognitiva depende en gran medida de aspectos estructurales, por ejemplo: los eventos ambientales a través de los cuales los terapeutas cognitivos intentan modificar las creencias de sus pacientes consisten típicamente en argumentos organizados con una estructura lógica que guarda relación con la estructura de las creencias a modificar. Esto no encaja con el concepto de reforzamiento operante, en el que las propiedades estructurales de la respuesta y del reforzador son irrelevantes (Tonneau, 2011).

Por último, los estudios sobre la correspondencia decir-hacer, tienen como objetivo conocer las variables que determinan que se establezca esta relación de correspondencia entre lo que la persona dice que hará y lo que hará después. Los primeros experimentos fueron iniciados en 1968 por Risley y Hart con niños y las investigaciones en este campo tienen una larga historia, están muy relacionadas con los estudios sobre conducta gobernada por reglas y equivalencia de estímulos y es por todo ello, que no se desarrollarán de forma extensa en este capítulo. De forma sintética, el elemento esencial de estos estudios iniciales era comprender cómo cambiar el comportamiento no verbal a través del comportamiento verbal, pues se partía de la premisa de que existía una relación entre decir-hacer, por lo

que al modificar una se modificaría la otra. Estudios posteriores arrojaron que esta unión decir-hacer no debía darse por supuesta de manera inmediata, sino que había que estudiar las variables que afectaban al establecimiento de dicha relación. Una buena parte de los estudios en este campo se han dirigido al área aplicada sobre cuáles son los procedimientos o el entrenamiento necesario para fortalecer la relación de correspondencia: reforzamiento diferencial de la correspondencia decir-hacer; reforzamiento de la correspondencia y coste de respuesta de la no correspondencia, etc. De forma general, los resultados del entrenamiento bajo diferentes procedimientos resultan eficaces y significativos, aunque se encuentra que existe una enorme variabilidad en el efecto de los diferentes entrenamientos (Herruzo y Luciano, 1994)

Como se puede deducir de las investigaciones expuestas, la comprensión del fenómeno del lenguaje parece estar lejos de ser comprendida de forma completa, no obstante, diversas líneas de trabajo parecen contribuir a aportar explicaciones contundentes sobre el fenómeno del lenguaje, lo cual es fundamental para que se puedan tomar en cuenta en el contexto aplicado y avanzar.

1.3 Implicaciones para el estudio de la reestructuración cognitiva

Habiendo expuesto las principales falacias conceptuales sobre la concepción de lo mental, la propuesta conductual sobre el pensamiento, así como las principales investigaciones sobre lenguaje desde el análisis de conducta, cabe preguntarse: ¿Qué implicaciones tienen todas estas conceptualizaciones para la terapia cognitiva y para el estudio de la reestructuración cognitiva? Las enumeramos a continuación:

- No existen los procesos mentales como entes abstractos internos regidos por unas reglas especiales o diferentes. Para la terapia cognitiva, el individuo percibe el mundo en base a un esquema o pensamiento, el mundo es una construcción subjetiva o mental y cuando esa interpretación del mundo es sesgada o inadecuada nacen problemas o trastornos

psicológicos. Pues bien, que la percepción del mundo sea construida, en cuanto a interacción del organismo y el ambiente y la historia de aprendizaje de éste, no implica ni que dicha construcción se produzca dentro del sujeto, ni mediante unos mecanismos especiales. Tampoco implica que el individuo, al que se le atribuyen desde este modelo una carga de esquemas, pensamientos y expectativas, actúe en el mundo en función de su vida interior (Pérez, 2003).

- Tampoco hay una relación causal entre pensamiento o cognición y emociones y respuestas motoras. Este punto no es novedoso, pero sí es necesario explicitarlo. Partir de dicha premisa sería incoherente conceptualmente con el funcionamiento de la conducta humana, además, diversos autores (Kohlenberg y Tsai, 2008; entre otros) ya manifestaron que los pensamientos no son las causas, por defecto, de otro tipo de conductas. Primero, esta división del comportamiento es morfológica y de poca ayuda y, segundo, es una atribución errónea situar la causa de la conducta manifiesta en la conducta encubierta, además de que supone caer en explicaciones tautológicas. Lo cognitivo es lenguaje o conducta verbal y como conducta que es, sus causas habría que encontrarlas más bien en emparejamientos de estímulos y en contingencias de reforzamiento, que no están ni dentro ni fuera del individuo, es más, la funcionalidad del comportamiento no se ve, al igual que la gravedad no se ve, pero es la teoría explicativa de ciertos fenómenos. Por tanto, dar por hecho, en todos los casos y bajo todas las circunstancias que los problemas del cliente provienen de pensamientos desadaptativos es un planteamiento errado; en cada caso, los pensamientos desadaptativos desempeñarán una función concreta que el psicólogo deberá identificar en el análisis funcional.
- El pensamiento, objeto de modificación y acto fundamental del debate socrático, puede explicarse en base a principios de aprendizaje operante y clásico. Pensar no siempre es un evento privado, a veces es público y compartido por los hablantes, lo que podría ocurrir durante el debate

socrático. Tampoco el pensamiento es necesariamente siempre conducta verbal. Razonar está estrechamente relacionado con la manera en la que construimos reglas a la hora de resolver problemas y, como se explicará más adelante, el debate podría entenderse como un entrenamiento en resolución de problemas (en el sentido skinneriano) por parte del terapeuta.

- El estudio de las reglas para la comprensión del cambio clínico es fundamental, tanto si se atiende al papel de éstas analizando la conducta del cliente como la del terapeuta. Atendiendo a la relación entre conducta gobernada por reglas y reestructuración cognitiva, en concreto, desde una perspectiva conductual, las reglas “erróneas” que describen contingencias, podrían ser equiparables a lo que se ha denominado creencias irracionales desde enfoques cognitivos. Para algunos autores, la reestructuración cognitiva podría entenderse como una modificación de las reglas desadaptativas del cliente por otras más adaptativas (Martin y Pear, 2007/2008; Poppen, 1989). Concretamente, desde nuestra perspectiva, sin duda ése es uno de los posibles casos o funciones de la conducta verbal del cliente objeto de modificación en reestructuración cognitiva pero quizá no la única, no siempre las verbalizaciones a modificar son reglas del cliente, podrían ser también estímulos condicionados, respuestas operantes, operaciones de establecimiento o consecuentes. No obstante, aun compartiendo la perspectiva de Schlenger (1990) sobre reglas como estímulos alteradores de funciones; existe tan poco acuerdo con la definición de regla en la comunidad científica que es atrevido delimitar si la reestructuración cognitiva tiene como objetivo esas funciones verbales u otras adicionales.
- La comprensión de los mecanismos que explican el papel referencial del lenguaje es aún incompleta a pesar de las numerosas investigaciones sobre conducta verbal y relaciones de equivalencia. El condicionamiento operante parece no dar cuenta de manera completa de este fenómeno. El

condicionamiento clásico se postula como un paradigma elemental para la explicación de estos fenómenos y, por tanto, ambos procesos, seguramente interaccionando de forma compleja, tengan un papel esencial en la explicación del cambio de las verbalizaciones del cliente en reestructuración cognitiva. En el origen o desarrollo del lenguaje, el condicionamiento clásico tiene un papel relevante en el aprendizaje (y, por tanto, en la modificación) de significados. No obstante, probablemente, sean necesarios avances más consistentes en áreas conceptuales y experimentales de la psicología del aprendizaje y el lenguaje que faciliten la generalización de los principios hallados en el laboratorio al campo aplicado de la terapia.

- Con todo lo planteado, las técnicas cognitivas no implican ningún principio de aprendizaje diferente. A diferencia de otras aproximaciones terapéuticas, la característica de las técnicas cognitivas es que se centran, en gran medida, aunque no exclusivamente, en la modificación de la conducta verbal encubierta. De esta forma, el estudio de dichas técnicas debería llevarse a cabo mediante el análisis de los principios de aprendizaje que explican el comportamiento. De acuerdo con Martin y Pear (2007/2008), existen ventajas prácticas y teóricas para describir y estudiar estas técnicas desde un punto de vista conductual.

2. ANÁLISIS DE LA CONDUCTA VERBAL EN LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

2.1 El estudio de la interacción verbal en el contexto clínico

En terapia, es mediante el discurso del cliente como los psicólogos podemos acceder a los problemas por los que consultan, y, también, a través del discurso, es como podemos modificar dichos problemas. De acuerdo con algunos planteamientos sobre la consideración del lenguaje en el contexto clínico desde las

terapias de tercera generación: la Psicoterapia Analítico Funcional o PAF (Kohlenberg y Tsai, 1991) y la Terapia de Aceptación y Compromiso o ACT (Hayes, 1987; Wilson y Luciano, 2002), se entiende la conducta verbal del cliente como una conducta clínicamente relevante. Las verbalizaciones del cliente no sólo manifiestan y permiten el examen de los problemas que describen, sino que son el problema en sí mismo, son objetivo de modificación. Y son objeto de modificación, esencialmente, por las características propias del lenguaje descritas anteriormente, por su carácter referencial. Mediante el lenguaje, se pueden experimentar circunstancias no presentes y hacer presentes circunstancias que no han sucedido.

Una de las propuestas más interesantes en la comprensión de la interacción terapeuta-cliente por parte de las terapias de tercera generación, es la realizada desde la PAF en la que enfatizan el papel del moldeamiento verbal de la conducta del cliente. Es a través de la relación terapéutica como el terapeuta va administrando diferentes contingencias de reforzamiento y castigo. Los autores plantean que a través de aproximaciones sucesivas se va moldeando la respuesta del cliente y el cambio en dicha conducta verbal afectará al comportamiento fuera de sesión (Kohlenberg y Tsai, 2008).

El análisis funcional de la conducta verbal en terapia puede ser un elemento esencial para comprender y manipular variables que influyen en los resultados de la terapia. Una de las primeras y más importantes líneas de investigación que comenzaron a estudiar desde el análisis del comportamiento la conducta verbal en terapia, fue el grupo de Willard Day de la Universidad de Reno que analizaba las verbalizaciones en base a la taxonomía propuesta por Skinner en *Conducta verbal* (1957). De este grupo partieron algunas de las líneas de trabajo mencionadas de terapias de tercera generación y ello supuso un impulso para el estudio de los mecanismos de cambio desde el análisis de conductual en terapia (Hayes et al., 2001). En este sentido, existen diversas líneas de investigación en nuestro país dedicadas al estudio de la conducta verbal en terapia desde una perspectiva conductual. Algunos de los grupos más destacados se mencionan a continuación.

Por un lado, el grupo de Luciano, dedicado al análisis de la conducta gobernada por reglas (Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Hussey y Luciano, 2015; Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Luciano y McEnteggart, 2017). También el equipo liderado por Valero, centrado en el enfoque de la Psicoterapia Analítica Funcional con especial dedicación al estudio del moldeamiento en el contexto clínico (Kohlenberg y Tsai, 2008; Ferro, Valero y López, 2016; Macías, Valero-Aguayo, Bond y Blanca, 2019). De entre todas ellas queremos destacar la línea de investigación, ya introducida en el segundo capítulo al hablar de investigación de procesos, del grupo de investigación para el análisis de la conducta verbal en contextos clínicos con metodología observacional (AcoVeo), dirigidos por la profesora María Xesús Froxán Parga. En estos trabajos se analizan las verbalizaciones de terapeutas atendiendo a su posible funcionalidad con relación a la conducta del cliente durante el proceso terapéutico. En dicho grupo, se han realizado investigaciones dirigidas a realizar un análisis global del cambio e interacción verbal en el contexto clínico (Froján, Montaña, Calero y Ruiz, 2011), y en algunos de estos trabajos se concluye que las supuestas funciones de la conducta verbal del terapeuta se modifican en función de la actividad clínicamente relevante que se esté dando en cada momento de la terapia. También se ha encontrado que es posible que tengan lugar procesos de moldeamiento verbal, a través de los cuales el terapeuta moldea el discurso del cliente hacia verbalizaciones más adecuadas. Se han estudiado también aspectos más concretos de la conducta verbal, como es el caso de la emisión de verbalizaciones motivadoras en terapia (Froján, Alpañés, Calero y Vargas, 2010; de Pascual, 2015); la emisión de instrucciones por parte del terapeuta (Marchena, 2017; Marchena, Calero y Galván, 2013); la emisión de verbalizaciones en forma de regla (Vargas, 2011; Vargas y Pardo, 2014; Vargas, Pardo, Martínez y Froján, 2018); sobre el uso del castigo (Froján, Galván, Izquierdo y Marchena, 2013; Galván, 2018); así como en técnicas de intervención específicas, como la reestructuración cognitiva (Calero, Froján, Ruiz y Alpañés, 2013; Calero, Froján, Ruiz y Vargas, 2011; Calero, 2009).

2.2 La reestructuración cognitiva desde los enfoques contextuales

La reestructuración cognitiva generalmente ha sido criticada desde los enfoques contextuales. Algunos autores han señalado que los cambios producidos en las ideas irracionales a través de la reestructuración cognitiva no son signo de que dicho cambio se deba a las técnicas cognitivas mismas, pues existe la posibilidad de que se deba a las técnicas conductuales que las componen (Barraca, 2011; Fernández y Barraca, 2017). En el segundo capítulo de esta tesis se profundizó extensamente en las conclusiones que podían derivarse de los estudios sobre los componentes activos del tratamiento en la reestructuración cognitiva, recordemos que, aunque puede ser un aspecto controvertido, la investigación no es en absoluto contundente en mostrar que el componente cognitivo no tenga utilidad o evidencia y, en general, el estatus empírico de la reestructuración cognitiva en cuanto a su eficacia está muy lejos de poder cuestionarse. En cualquier caso, sí queremos destacar un aspecto incoherente de estas críticas desde enfoques contextuales y es que siguen perpetuando la inútil distinción entre lo “cognitivo” y lo “conductual”; como si lo cognitivo no fuera conductual. Esta errónea distinción fue planteada por Beck y Ellis (entre otros), pero ya hemos descrito las lagunas y errores conceptuales de sus propuestas teóricas; lo llamativo en este caso es que enfoques que se definen o manifiestan unas bases teóricas en análisis de conducta no se centren directamente en valorarlo como una técnica centrada en la conducta verbal, ya sea encubierta o manifiesta; pública o privada.

Desde el enfoque contextual, durante los últimos 30 años, se ha construido un modelo que ha minimizado explícitamente el uso de la reestructuración cognitiva al mismo tiempo que ha enfatizado la aplicación de técnicas como la defusión cognitiva. Desde esta perspectiva (la Teoría de los Marcos Relacionales), el objetivo de la reestructuración cognitiva sería desarrollar nuevas relaciones verbales e influir así en el comportamiento, cambiar el contenido de las verbalizaciones. Por su parte, el objetivo de la defusión cognitiva no sería crear nuevas relaciones de estímulo, sino interrumpir la transformación de funciones. La

diferencia estribaría, por tanto, en que, con la defusión en lugar de alterar el contenido de las verbalizaciones, directamente se centraría en disminuir el impacto de estas en el comportamiento (Assaz, Roche, Kanter y Oshiro, 2018). Estos mismos autores exponen algunas críticas interesantes a la conceptualización de la defusión cognitiva. Por una parte, plantean que la transformación de funciones supuestamente resultante de la defusión cognitiva no explica exactamente el proceso por el cual el estímulo se transforma. Asimismo, señalan que existen diversos procesos de aprendizaje que pueden llevar a un estímulo a adquirir las funciones más allá de las explicaciones relacionales, como principios de condicionamiento operante y respondiente. En la Tabla 3.1, se muestra la explicación de los principios de aprendizaje de algunos ejercicios de defusión cognitiva.

Tabla 3.1

Mecanismos de cambio implicados en ejercicios de defusión cognitiva

Procedimiento general	Procesos de cambio	Ejercicios ACT
Exposición	Extinción respondiente, contracondicionamiento o aprendizaje inhibitorio.	Repetición de palabras ¹ , usando voces tonas ²
Reforzamiento diferencial de respuestas alternativas	Reforzamiento diferencial	Sacar la mente a pasear ³

NOTA: Tabla adaptada de Assaz et al.,2018.

¹ Consiste en repetir una palabra o frase una y otra vez hasta que pierda sentido.

² Ejercicio en que el paciente ha de contarse el pensamiento poniéndole voz de algún personaje cómico.

³ Terapeuta y cliente salen a dar un paseo, el cliente se centra en pasear e ir donde él quiere, mientras tanto, el terapeuta hace de “mente” repitiendo al cliente los pensamientos negativos.

Por otra parte, indican que, aunque los estudios empíricos muestran que los procedimientos de defusión son capaces de producir cambios, apenas se han abordado los estudios sobre los procesos de cambio subyacentes que pueden estar involucrados. De nuevo, resulta un tanto incoherente eliminar o destituir la validez de una técnica como la reestructuración cognitiva y sustituirla por otra de la cuál no se conocen ni se estudian los mecanismos de cambio implicados. Por no mencionar que, incluso al margen de las críticas mencionadas a la TMR, los

argumentos para plantear la superioridad de la defusión cognitiva porque cambiar el contenido de las verbalizaciones sea peor que interrumpir la transformación de funciones, es conceptualmente endeble.

En síntesis, la defusión cognitiva no parece poner en marcha mecanismos de cambio diferentes a los principios de condicionamiento clásico y operante. Por supuesto, este dato no es negativo en sí mismo, únicamente pone de manifiesto la relevancia del estudio de los procesos, incluso antes de incorporar nuevas técnicas. Así, resultaría realmente valioso, no tanto contrastar si la defusión cognitiva o si la reestructuración cognitiva es más o menos potente a través de estudios de resultados, sino en caso de responder a ello, sabiendo por qué una puede funcionar mejor o peor que la otra según para qué objetivos. Sería deseable entonces, que las investigaciones sobre la defusión cognitiva pudieran dirigirse a mostrar sus mecanismos de cambio; entre tanto, aún queda un largo camino que recorrer por mostrar los mecanismos de cambio en la reestructuración cognitiva, aspectos conceptuales en los que profundizaremos en las siguientes secciones.

2.3 El estudio de la reestructuración cognitiva como un procedimiento de moldeamiento y encadenamiento verbal

Profundizando en el estudio de Calero et al. (2013), mencionado unas líneas más arriba al hilo del estudio de la interacción verbal en terapia en reestructuración cognitiva, los autores del trabajo analizaron, a través de un estudio observacional, no sólo el proceso de cambio durante la aplicación de esta técnica, sino también el mismo proceso de tratamiento. Una de las principales conclusiones del estudio fue que el debate en reestructuración cognitiva se podía entender como un procedimiento de moldeamiento verbal, en el que el terapeuta va dirigiendo la modificación del comportamiento verbal del cliente desde verbalizaciones desadaptativas a verbalizaciones cada vez más adaptativas, a través del reforzamiento diferencial de las verbalizaciones que se aproximan al objetivo terapéutico y extinguiendo y castigando aquellas que se van alejando del mismo. Específicamente, se observaba un moldeamiento más efectivo cuando el terapeuta

actuaba de forma contingente con todas las verbalizaciones que se dan en el proceso: ante las verbalizaciones del cliente intermedias al objetivo o poco claras, se hallaban mejores resultados si el terapeuta respondía reforzando o castigando. Sin embargo, cuando no había una respuesta contingente a estas verbalizaciones intermedias, los debates eran menos efectivos. Además, se encontró que cuando el terapeuta hacía preguntas precedidas por cierta preparación, información o motivación, los debates también eran más efectivos que cuando hacía preguntas sin que fueran precedidas por estas verbalizaciones.

Tal y como apuntan Froján y Calero (2011), considerar el debate como un proceso de moldeamiento verbal facilita que se puedan realizar análisis experimentales de los procesos que lo sustentan y contribuir a la mejora de la efectividad de esta técnica al conocer y manejar las leyes de aprendizaje que lo explican. En investigaciones recientes de esta línea de trabajo sobre el estudio de los procesos de aprendizaje en el debate en reestructuración cognitiva (Froján, Calero, Pardo y Prado, 2018), se han incorporado a la explicación algunas cuestiones fundamentales. Por una parte, se ha mencionado la necesidad de atender y explicar las verbalizaciones del terapeuta con esa posible función informativa ya que, posiblemente, desempeñarán un papel fundamental en el cambio de verbalizaciones en el diálogo socrático como operaciones de establecimiento. Asimismo, los procesos pavlovianos que modifican respuestas emocionales a través del lenguaje también han de tenerse en cuenta en la explicación del debate socrático; pues dichos principios podrían explicar cómo reaccionamos ante descripciones de eventos como si fueran los propios eventos, debido a la función referencial del lenguaje y, por tanto, se explicaría cómo a través de la modificación de las verbalizaciones se puede modificar la conducta del cliente fuera de sesión. Por último, es posible que, además de procesos de moldeamiento, los procesos de encadenamiento estén también involucrados en el debate. En el encadenamiento cada respuesta que se emite por cada cadena supone un aprendizaje necesario para la siguiente secuencia. Por ejemplo, primero enseñamos al cliente a operativizar una definición concreta de qué es ser inútil. Después, aplica esa definición a una

actuación suya concreta, basándose en la evidencia y reglas lógicas; por último, le pedimos que verbalice algo más racional, uniendo todos los elementos anteriores: verbalización meta. En el encadenamiento, cada respuesta del cliente, junto con ayudas del terapeuta, es el estímulo discriminativo de la siguiente de la siguiente respuesta. Por su parte, en el moldeamiento, a cada respuesta verbal del cliente que supone una aproximación se aplica el reforzamiento diferencial por parte del terapeuta. Las respuestas que no suponen una aproximación son sometidas a extinción. En la siguiente figura, se ha tratado de esquematizar cómo sería el debate explicado en términos de moldeamiento y encadenamiento verbal.

Figura 3.1

Debate como encadenamiento y como moldeamiento verbal

$E^{D1} \rightarrow R1$

T: ¿Qué significa no valer para nada?

C: Pues que no haces las cosas bien, no sirves

$E^{D2} + \text{ayuda} \rightarrow R2$

T: No sirves... ¿Crees que eso se aplica a tu caso?

C: No sé, hay muchas cosas que hago mal

$E^{D3} + \text{ayuda} \rightarrow R3$

T: ¿Crees que no resolver bien la situación con tu jefa significa que hagas muchas cosas mal?

C: Es que esta semana ya van varios fallos importantes...

$E^{D4} + \text{ayuda} \rightarrow R4 \rightarrow \text{Reforzador}$

T: Varios fallos en una semana no equivale a que no valgas para nada, no es agradable, pero ¿Cómo lo podrías expresar de una forma más ajustada?

C: Pues que se me ha dado mal la reunión y he tenido mala semana y no me gusta.

T: Muchísimo más racional, más ajustado la realidad.

$E^D \rightarrow R \text{ (aproximación)} \rightarrow \text{Reforzador}$

T: ¿Qué significa no valer para nada?

C: Pues que no haces las cosas bien, no sirves

T: Así es, no hacer nada bien, nada en absoluto.

$E^D \rightarrow R \text{ (aproximación)} \rightarrow \text{Reforzador}$

T: Entonces, ¿quieres decir que por haber tenido una mala semana en el trabajo ya no sirves para nada?

C: No servir para nada es un poco exagerado, pero es que vaya semana...

T: Bien, efectivamente, es exagerado contártelo así

$E^D \rightarrow R \text{ (no aproximación)} \rightarrow --$

T: Además de la mala semana ¿Haces cosas bien?

C: No muchas últimamente.

$E^D \rightarrow R \text{ (aproximación)} \rightarrow \text{Reforzador}$

T: ¿No te parece que sería mejor decirte que ha sido una mala semana frente a que no vales para nada?

C: Sí, la verdad.

T: Fenomenal, pensar así es el primer paso para sentirte mejor.

NOTA: A la izquierda encadenamiento y a la derecha moldeamiento.

En este punto, es importante destacar algunas de las líneas futuras de investigación señaladas en estos trabajos, pues son aspectos que forman parte de algunos de los objetivos de la presente tesis doctoral. Una de ellas señalaba la necesidad de estudiar con más detalle las verbalizaciones que se habían denominado “funciones de preparación”, que incluían la función informativa, motivadora e instructora, en el desarrollo del debate, examinando si emplearlas antes de las funciones discriminativas suponía un cambio en la efectividad del debate en función del tipo de función de preparación empleada. Otro de los aspectos mencionados era el dirigir el estudio de procesos de la reestructuración cognitiva a los contenidos específicos de las preguntas utilizadas durante el debate, especialmente en aquellos exitosos, con el objetivo de conocer si existe una secuencia de preguntas o una estructura más eficaz, pues tal como señalaban los autores, aunque existen diversas sugerencias clínicas sobre cómo hacerlo, existen escasos datos empíricos que lo apoyen.

Con lo expuesto hasta el momento sobre el análisis del debate en reestructuración cognitiva como un proceso de moldeamiento y encadenamiento verbal y teniendo en cuenta que las autoras (Froján y Calero, 2011) incluso apuestan por una modificación del nombre de la técnica: reestructuración verbal e incluso moldeamiento verbal, cabe hacerse las siguientes preguntas: ¿Es, entonces, el debate únicamente moldeamiento y encadenamiento verbal? A continuación, se plantean algunas reflexiones al respecto.

2.4 Una reflexión conductual sobre otros procesos implicados en el debate socrático

Como acabamos de describir, el moldeamiento es un proceso que se ha observado parece estar detrás de lo que hacen los terapeutas cuando aplican el debate y también, como se ha mencionado, el moldeamiento es un proceso de tal relevancia,

que una buena parte de la propia interacción verbal en terapia puede explicarse en base al mismo (Kohlenberg y Tsai, 1991; Ruiz Sancho, 2011). No obstante, en el caso del debate, éste posee unas características inherentes, una estructura y contenido que, presumiblemente, desempeñarán alguna función potencialmente relevante en el cambio clínico, además de los procesos de moldeamiento y de encadenamiento verbal. La aplicación del debate siguiendo las propuestas de sus autores clásicos (Beck y Ellis) posee ciertas características definitorias: un tipo de preguntas que han de realizarse (evidencia, lógica, gravedad y utilidad), argumentos para persuadir al cliente basados en la lógica, en el uso de explicaciones y analogías, el estilo en el que se realiza; de forma más guiada o poco guiada, el empleo de la ironía, etc. ¿Cómo pueden ser explicados estos aspectos en términos de aprendizaje? ¿Por qué emplear preguntas relacionadas con la lógica? ¿Qué funcionalidad tiene las preguntas dirigidas a cuestionar la gravedad y la utilidad? ¿Qué ponemos en marcha cuando usamos la ironía o las analogías? A continuación, planteamos una reflexión en la que se recogen tan sólo algunas características propias de esta técnica, tratando de aportar explicaciones hipotéticas desde el análisis de conducta sobre sus mecanismos terapéuticos.

2.4.1 El debate como entrenamiento en solución de problemas

La aplicación del debate podría entenderse como un proceso de entrenamiento, mediante moldeamiento y encadenamiento, en solución de problemas según la propuesta de Skinner. Como se comentó previamente, resolver un problema es un proceso en el que se dan una serie de conductas que, mediante la manipulación de variables, hace que la aparición de una solución a un problema, para el que no se tienen respuestas eficaces, sea más probable. La forma de resolver un problema es

amplia, supone actuar de cualquier forma que ayude a que reaparezca una respuesta previamente adquirida.

El razonamiento puede entenderse como autoestimulaciones privadas que hacen más probable que se llegue a la solución. Tal y como plantea el autor, pensar o razonar serían sinónimos de resolver un problema. En terapia, en ocasiones, pensar de una manera inadecuada o irracional se traduciría en que la persona no pueda llegar a soluciones que le acerquen a respuesta eficaz al problema. En el proceso de debate el terapeuta enseñaría al cliente a resolver el problema, modificando las verbalizaciones mediante moldeamiento y encadenamiento, al mismo tiempo que le está enseñando a pensar o razonar de una forma más eficaz.

Una de las formas en las que el terapeuta puede ayudar a resolver problemas al cliente es mediante la transmisión de reglas, que son estímulos o claves creadas por otros que ya han resuelto el problema y que fueron eficaces para llegar a la solución. Así, el terapeuta, que acumula un vasto conocimiento sobre las reglas que ayudan a resolver problemas, puede transmitirlos en terapia para facilitar que el cliente no tenga que empezar y pasar por todas las fases de resolución de un problema (Vargas, 2011). No obstante, el debate no tendría el objetivo de dar la solución al cliente sobre qué otra verbalización emitir, pues entonces no se llamaría debate. Transmitir reglas es algo que sucede en terapia y tiene gran utilidad, pero, en el caso del debate no es el único procedimiento o técnica del terapeuta pues, la regla, por sí sola no facilita que el cliente aprenda a razonar eficazmente en diversas situaciones por sí mismo. Así, en la aplicación del debate las reglas del terapeuta sirven para guiar hacia la solución: *“ante estas situaciones hay que pensar en explicaciones alternativas”*; y que éste establezca sus propias reglas, pero, además, el debate consiste en entrenar al cliente en las diferentes técnicas o acciones necesarias para resolver un problema. El proceso de enseñanza de profesor y alumno tiene grandes similitudes con la terapia y, especialmente, con el proceso de debate:

Cuando los profesores aplican a la enseñanza directa de la resolución de problemas, incurren a menudo en yerros (...) para lograr que el alumno practique el comportamiento del resolver el problema en cuestión, es tentador limitarse a mostrarle cómo ha de proceder. El estudiante imita lo que el profesor dice o hace, o lee lo que el profesor ha escrito, y, al proceder de este modo, está ya practicando el comportamiento que soluciona el problema. ¡Pero con ello no se incrementa necesariamente la probabilidad de que en el futuro vaya a proceder de un método semejante! Las matemáticas se “enseñan” a menudo a base de hacer que el estudiante vaya siguiendo las fases de las demostraciones o de la resolución de los problemas (Skinner, 1970, p.80).

Aunque en la mayoría de las circunstancias razonamos de forma encubierta, ya que así se evita la estimulación aversiva asociada a emitir respuestas que fracasan, en terapia, el terapeuta hace explícita o descubierta la conducta de razonar sobre ciertas situaciones para ponerlas bajo el control de otros estímulos y moldearlas. Esta autoestimulación o razonamiento se compone de un conjunto de técnicas, a continuación, se describen algunas de ellas, siguiendo a Pérez et al., (2010), así como su similitud con el debate:

- a) El tanteo: que consiste en emitir un gran número de respuestas en base a “ensayo-error”, un proceso en el que se seleccionan algunas de las respuestas efectivas. Puede existir un paralelismo entre esto y cuando el terapeuta le pregunta al cliente por alternativas para la solución del problema “¿Hay otra explicación alternativa?”. Dado que el tanteo dará como resultado un número amplio de posibles respuestas, en el debate, es posible que esta fase se omita en muchos casos, cuanta más guía por parte del terapeuta, menos opciones le dará para valorar alternativas que sabe que no van encaminadas a la solución.
- b) El repaso del problema. Al examinar el problema y organizar la información se describen y examinan los estímulos que controlan las respuestas problemáticas, de manera que aumenta la posibilidad de que se emitan

respuestas eficaces. El terapeuta pregunta y aclara las circunstancias que controlan la conducta, pide descripciones y organización de la información. Pueden identificarse preguntas del terapeuta dirigidas a explorar cierta información o cuestionar cierta evidencia: “¿A qué te refieres con ser inútil?”, “¿Quién te dijo que lo hiciste mal?”, “¿Cuántas veces fallaste en la tarea?”

- c) Sondeo. Se trata de explorar la estimulación asociada a las diferentes respuestas que se han obtenido del tanteo. Una vez descrita y organizada la información, se va exponiendo al cliente a las consecuencias asociadas. Es posible que esta estrategia se relacione con las preguntas de gravedad y utilidad y las explicaciones del terapeuta dirigidas a describir las consecuencias: “¿Pensar así te sirve de algo?” “¿Qué implicaría asumir que eso es así?”, “Pensar así no ha ayudado y hace que te encuentres peor”.

Así, el debate comparte ciertos paralelismos con un proceso de entrenamiento en razonar de una manera más eficaz para lo cual el terapeuta se sirve de diversos pasos y recursos para entrenar al cliente a que llegue unas verbalizaciones; entre los pasos o acciones se encuentran algunos de los métodos mencionados: tanteo, repaso del problema, sondeo y emisión de reglas; y, durante de dichos pasos, el terapeuta emite verbalizaciones con diferentes funciones verbales: instrucciones, explicaciones, operaciones motivadoras, castigo, reforzamiento (Calero et al., 2013).

2.4.2 Racionalidad y lógica

Una de las características esenciales del debate, como se ha visto, es ese proceso de “racionalización” al que han de someterse las verbalizaciones irracionales. Tal y como se ha descrito, esta racionalización consistiría en emitir otras estrategias de autoestimulación, verbal en este caso, que nos llevaran a hallar respuestas eficaces a un problema. Algunos de los pasos o estrategias que el terapeuta pone en marcha

para que el cliente razone de una manera eficaz y llegue a la solución, se han propuesto más arriba, ahora bien, ¿qué hay del contenido de dichas estrategias? ¿Por qué recurrimos a debatir o cuestionar sobre la evidencia y la lógica de las verbalizaciones del cliente? *“Lógica, matemáticas y ciencia son disciplinas relacionadas con maneras de resolver problemas”* (Skinner, 1966, p.308). En terapia empleamos la lógica en la argumentación, probablemente, porque nuestra comunidad verbal nos enseña a pensar y a debatir de esta manera. Pensar y debatir son actos que se dan más allá del contexto clínico y, todos los organismos humanos, en función del contexto cultural, tenemos una serie de leyes, pasos o reglas construidas socialmente sobre cómo razonar. Por ejemplo, podemos debatir de cuestiones políticas con un amigo y el razonamiento que vamos a seguir y el que nos van a enseñar está basado en una serie de reglas. Hemos estado expuestos a contingencias de reforzamiento por seguir la lógica al discutir o debatir en muchos contextos a lo largo de nuestra historia y, en el contexto terapéutico, el debate se basa en dichas reglas compartidas.

Además, a lo largo de nuestra historia de aprendizaje, nuestra comunidad verbal nos enseña que lo que decimos y lo que hacemos ha de ser congruente. Comportarse de forma acorde a las contingencias que verdaderamente imperan en nuestro ambiente ha sido reforzado consistentemente, ser coherente, ser racional. De esta forma, verse a uno mismo realizando una conducta que no se ajusta a las contingencias realmente imperantes o siendo irracional, se ha condicionado de manera aversiva. En terapia, hacemos uso de estos aprendizajes socialmente formados, para emparejar ciertas verbalizaciones del cliente de manera aversiva *“Eso que dices no se basa en ninguna evidencia, no se sostiene”* o apetitiva, según el razonamiento sea lógico o ilógico.

En este sentido, conseguir que el cliente sepa explicarse su comportamiento adecuadamente, de forma racional es algo fundamental también en el debate. Las verbalizaciones irracionales, en muchos casos, funcionan como una respuesta de escape del malestar emocional ocasionado por la incertidumbre de no entender por

qué nos ocurre algo o por evitar emitir una descripción verbal aversiva. Partamos de la siguiente verbalización irracional: *“No me invitaron al evento porque no les caigo bien, no soy una persona agradable y estaré solo siempre”*. Una parte fundamental del proceso de “racionalización” consistirá en moldear en el cliente una descripción verbal de las contingencias que controlan su conducta basada en el análisis funcional, en las variables que explican su comportamiento. De esta forma, es posible que cuando el paciente aprenda a describir verbalmente las contingencias que controlan su conducta, el control que las contingencias verbales ejercían sobre su conducta se debilite porque, a partir de ese momento, cada vez que realice la conducta disfuncional, la persona se verá expuesta a una contingencia de castigo o a estimulación aversiva: “decir algo falso”, “ser incoherente”. Por ejemplo, si hemos conseguido que verbalice algo más racional como: *“No me invitaron al evento porque yo no suelo apuntarme a ningún plan desde hace mucho tiempo y están acostumbrados a no tenerme en cuenta, depende en gran medida de mí”*, cada vez que éste realice una conducta disfuncional como no acercarse a la gente o no unirse a los planes, se verá como una persona incoherente, además de las consecuencias negativas para él a medio o largo plazo (Carrasco y Pardo, 2018).

2.4.3 Otros mecanismos específicos de algunas técnicas de debate

Algunas de las estrategias clásicas empleadas en el debate socrático son el cuestionamiento acerca de la gravedad y de la utilidad y la técnica de la flecha descendente (descrita en el primer capítulo), que trataría de “descubrir” supuestos más “profundos” o creencias subyacentes. En ambos casos, estas estrategias suelen consistir en preguntas acerca de las implicaciones, las consecuencias o el sentido de sostener esas verbalizaciones irracionales.

¿Qué mecanismos podrían explicar el funcionamiento de este tipo de estrategias? El objetivo de estas es reducir la intensidad de la respuesta emocional aversiva asociada y esto puede involucrar, al menos, dos procesos; a través de las preguntas del terapeuta este puede:

- 1) Facilitar que el cliente se exponga a dichas verbalizaciones instigando la descripción detallada de las mismas: la expresión verbal de lo que teme podría permitir procesos de extinción pavloviana, dado que dicha expresión verbal ocurre en ausencia de los estímulos aversivos condicionados o incondicionados. Es más, el terapeuta acompaña dichas verbalizaciones con su aprobación (Carrasco y Pardo, 2018).

Por ejemplo:

Terapeuta: *¿Qué implicaciones tendría que no lo supieras hacer?*

Cliente: *Que sería menos inteligente o hábil que mi otro compañero*

Terapeuta: *Y si eso fuera así, ¿qué supondría para ti?*

Cliente: *No me gusta ser menos hábil que otras personas*

Terapeuta: *Ser menos hábil en algo en concreto, ¿supone ser menos que alguien o menos inteligente en general?*

Cliente: *No sé, supongo que no.*

Terapeuta: *Aun siendo así, ¿qué implicaciones tendría ese hecho en tu vida?*

Cliente: *Supongo que no me gusta sentir que no soy hábil en algo. No me gusta ver que no destaco en lo que me propongo.*

- 2) Asociar dichas verbalizaciones con estimulación menos aversiva, describiendo otras consecuencias no aversivas o apetitivas asociadas; lo que podría facilitar otros emparejamientos de condicionamiento verbal que produjesen otras reacciones emocionales de menor intensidad.

Por ejemplo:

Terapeuta: *¿Qué implicaciones tendría que no lo supieras hacer?*

Cliente: *Que sería menos inteligente o hábil que mi otro compañero*

Terapeuta: *Y si eso fuera así, ¿cuál es la gravedad?*

Cliente: *No sé, a nadie le gusta eso, ¿no?*

Terapeuta: *Puede que no sea agradable, pero ¿cuánto duraría esa sensación? ¿Horas? ¿Acaso cambiaría algo en tu vida? ¿Sería tan desagradable que no la podrías soportar?*

Cliente: *Bueno, claro, en ese sentido tampoco sería para tanto.*

Así, podríamos entender que algunas estrategias de cuestionamiento en el debate en reestructuración cognitiva funcionan gracias a mecanismos de condicionamiento clásico: extinción o contracondicionamiento como hemos ejemplificado. Recordando lo que se comentó unas líneas más arriba sobre enfoques contextuales y reestructuración cognitiva, la defusión cognitiva y su “deliteralización” podrían entenderse también como procesos de contracondicionamiento, entonces: ¿no estaremos hablando, en esencia, de mecanismos de cambio similares? ¿No avanzaremos más investigando mecanismos de cambio involucrados?

3. CONSIDERACIONES FINALES

En el capítulo se han comenzado exponiendo las concepciones inadecuadas sobre la mente y los procesos mentales, tanto la visión dualista como la falacia de atribuir a una parte el todo o la causa de un comportamiento más complejo; son errores fundamentales de las explicaciones mentalistas del pensamiento humano que siguen vigentes en la actualidad. Desde una perspectiva conductual los procesos mentales y el pensamiento no son la causa de la conducta manifiesta; tampoco están, necesariamente, dentro o fuera del organismo y, por supuesto, no siguen otras leyes

diferentes de aprendizaje. El razonamiento, un elemento fundamental del debate, puede explicarse sin recurrir a términos mentalistas, en base a la manera en que construimos reglas para llegar a la solución de un problema. Por todas estas razones, las técnicas de modificación de conducta y el cambio cognitivo se explican según leyes de aprendizaje operante y respondiente.

Las investigaciones sobre lenguaje y conducta verbal desde el análisis de conducta tienen un largo recorrido histórico y acumulan gran cantidad de evidencia. Las tres líneas de investigación principales fueron: correspondencia decir-hacer, equivalencia de estímulos y conducta gobernada por reglas. De alguna manera, todas estas líneas trataban y tratan de dar respuesta a cuestiones como la explicación de los mecanismos y principios del papel referencial del lenguaje, un aspecto de gran relevancia aplicada, pues puede explicar, entre otras cuestiones, cómo a través del cambio de las verbalizaciones en terapia se consigue un cambio de otras conductas fuera de sesión.

El análisis funcional de la interacción verbal entre terapeuta y cliente se ha postulado como un elemento esencial para comprender los mecanismos del cambio terapéutico. El debate socrático ha sido analizado en estos términos, pudiéndose explicar como un proceso de moldeamiento y de encadenamiento, a través del cual el terapeuta va reforzando diferencialmente verbalizaciones más adaptativas del cliente. Además de evidenciar estos mecanismos, se ha comenzado a apuntar, entre otros aspectos, la necesidad de estudiar con detalle la funcionalidad de otras verbalizaciones durante el debate, como aquellas informativas. También se ha señalado la relevancia de conocer las preguntas, su secuenciación u otras estrategias que el terapeuta emplea durante el debate para conocer su eficacia y función de forma que el debate pueda llegar a ser aplicado en base a la evidencia científica sobre lo que se ha comprobado que funciona y por qué. Se han planteado algunas cuestiones sobre dichos hallazgos ¿es posible que estos procesos, moldeamiento y encadenamiento, sean suficientes para explicar lo que ocurre durante el debate? Nuestra propuesta es que aún quedan

numerosos aspectos por resolver. Para ello, nos parece relevante aportar una explicación sobre algunos elementos característicos del debate como el tipo de preguntas, estrategias y estructura de esta técnica desde una perspectiva conductual. Se ha planteado el debate como un entrenamiento al cliente en solución de problemas según la propuesta Skinneriana, entendido como un entrenamiento en “razonar” de una forma eficaz y en base a una serie de reglas ya construidas. El hacer referencia a un tipo de argumentación lógica durante el debate, también es un elemento definitorio de esta técnica y que tiene una explicación en términos funcionales.

Resaltamos la importancia de la comprensión de las técnicas de intervención en términos de principios de aprendizaje, pues es un aspecto elemental para el avance científico de la Psicología clínica, la clave esencial que responderá de forma íntegra a por qué funcionan o no funcionan ciertos tratamientos en ciertos casos. Volviendo la atención hacia los enfoques cognitivos en psicoterapia que dan a luz a la reestructuración cognitiva, todos ellos parten de las asunciones mentalistas que se han criticado páginas más arriba. A pesar de ello, sigue siendo un objeto de estudio interesante conocer cómo se produce y en qué consiste el cambio de conducta al aplicar la reestructuración cognitiva. A pesar de que las terapias cognitivas nacieran alejadas de la experimentación y fundamentación, lo cierto es que esto no significa que muchos de los procedimientos desarrollados no sean eficaces, útiles y estén poniendo en marcha unos mecanismos esenciales de cambio en terapia. Es más, no comprender dichos mecanismos, quizá nos lleve a crear o desarrollar estrategias o técnicas nuevas creyendo que estamos resolviendo así el problema. Pero los problemas conceptuales no se resuelven inventando nuevas aplicaciones. Por ejemplo, comenzar a estudiar la eficacia de la defusión cognitiva y enfrentarla a la reestructuración cognitiva, quizá no nos aporte tanta información sin estudiar previamente qué principios pone cada una en marcha. Si cuando creamos nuevos procedimientos, volvemos a dar el “salto”, distanciándonos del entendimiento de los

mecanismos que lo explican puede que percibamos como un avance algo que quizá no lo sea.

En lugar de cerrar este apartado con algunas conclusiones, más bien queremos retomar algunas preguntas que consideramos quedan por responder sobre el debate: ¿Tiene el debate en reestructuración cognitiva características distintivas? ¿El contenido del debate, de sus preguntas y estructura, es relevante? ¿Existen estrategias más eficaces que otras? ¿Existen otros procesos o principios que sean relevantes para comprender el debate? Algunas de estas preguntas se intentarán resolver a lo largo de los estudios empíricos para contribuir, quizá, a la clarificación de algunos procesos de cambio implicados, así como a la elaboración de una guía completa sobre cómo realizar el debate socrático de una forma efectiva y basada en la evidencia empírica. En este punto, queda preparado un marco que permite entender los estudios empíricos que se presentan a continuación.

SEGUNDA PARTE:

JUSTIFICACIÓN

Justificación, objetivos de estudio y metodología

A lo largo de la introducción teórica se ha enmarcado qué es la reestructuración cognitiva y el debate socrático, los diferentes tipos de investigación en psicoterapia, así como algunas metodologías de investigación que se incorporan en este trabajo y el marco conceptual desde el que analizaremos la reestructuración cognitiva. A continuación, se sintetizarán, a partir de los planteamientos descritos previamente, cuáles son las principales razones y aspectos metodológicos generales que justifican la necesidad de los estudios de la presente tesis doctoral, así como los objetivos de la misma.

Por una parte, la eficacia de los tratamientos psicológicos lleva tiempo demostrada y los estudios de resultados no aportan nada nuevo a la comprensión sobre por qué la terapia funciona (Krause y Altimir, 2016), de manera que el avance en investigación en psicoterapia pasa por aclarar qué aspectos específicos conducen

o explican el cambio (Kazdin, 2007). Este será uno de los fines generales de esta tesis: contribuir a la clarificación de los procesos de cambio en clínica, concretamente, en uno de los procedimientos más empleados, la reestructuración cognitiva. Algunas de las sugerencias más relevantes que planteaba este mismo autor sobre cómo estudiar los mecanismos de cambio han guiado una buena parte de las investigaciones que se presentarán a continuación:

1. *Utilizar la teoría como guía.* No es posible realizar un adecuado estudio de procesos sin un marco que guíe las hipótesis de investigación y para nosotros éste no puede ser otro que el del Análisis de conducta, concretamente, a través del estudio de la conducta verbal del terapeuta y del cliente
2. *Evaluar más de un mecanismo de cambio y programar la evaluación en múltiples momentos temporales.* Las medidas se centrarán en el análisis del cambio de verbalizaciones del cliente a través del estudio de la interacción, donde la metodología observacional será clave para medir los cambios. La evaluación se realizará en múltiples ocasiones durante el tratamiento.
3. *Examinar consistencias a través de diferentes tipos de estudios.* A través de diferentes métodos se puede llegar al mismo punto y cada uno de ellos sumará consistencia sobre el mismo fenómeno. En este caso, se emplearán diferentes metodologías: de encuesta, observacional y experimental, sobre el proceso de cambio en el debate en reestructuración cognitiva.

Por otra parte, la conducta verbal en terapia es un elemento fundamental de análisis, una *conducta clínicamente relevante*. A través de la interacción verbal es como tiene lugar el cambio clínico. El estudio de la conducta verbal en terapia, por tanto, es el que puede aportar claves sobre los procesos de cambio y, aunque ha recibido gran atención en investigación desde el análisis de conducta en los últimos años, aún quedan muchas cuestiones por resolver sobre qué hace el terapeuta para influir en que el cliente cambie sus verbalizaciones y aplique los cambios que se dan

en sesión fuera del contexto clínico. Existen numerosos estudios que analizan el fenómeno clínico de forma global, pero escasos estudios que se hayan centrado en el análisis de procedimientos específicos. Aunque una buena parte de los procesos que rijan el cambio en la sesión van a ser los que funcionen en procedimientos concretos, existen técnicas, como la reestructuración cognitiva, que por su estructura, objetivos y forma de aplicación específicos quizá tengan más elementos que traducir y ser explicados en términos de aprendizaje. La reestructuración cognitiva apenas ha recibido atención desde el análisis de conducta, más allá de críticas desde enfoques contextuales. Por todo ello, consideramos que existe un gran trabajo por hacer desde el análisis de conducta conceptualizando y demostrando empíricamente por qué funciona la reestructuración cognitiva y cómo es capaz de cambiar la funcionalidad de las verbalizaciones del cliente, algo que hemos comenzado a conceptualizar en el tercer capítulo y que se tratará de acompañar con datos empíricos.

Asimismo, la reestructuración cognitiva, tal y como se ha comentado, es una de las técnicas más usadas en terapia psicológica y a su vez, de más compleja aplicación. No obstante, existe un gran desconocimiento sobre cómo se aplica y por qué funciona, además de una enorme falta de claridad terminológica. Además de los estudios empíricos y de revisión, una manera de conocer más sobre cómo se aplica tiene que ver con saber el uso que se hace de la misma en terapia. Las referencias existentes sobre su aplicación por parte de los clínicos fueron estudiadas hace más de 15 años y en Estados Unidos (APA, 2003) y no existen más datos sobre su aplicación real por los clínicos.

Sobre el debate en reestructuración cognitiva, se ha comenzado a conocer mediante investigación de procesos que éste puede ser explicado en términos de moldeamiento verbal. Sabemos que el terapeuta discrimina respuestas en el cliente mediante diversas preguntas en el debate y, en función del grado de aproximación a los objetivos de debate, refuerza dichas verbalizaciones o las castiga o extingue. Partiendo de estos hallazgos, aún quedan diversas preguntas por responder sobre el

papel que desempeñan las verbalizaciones antecedentes del terapeuta en la respuesta del cliente; sobre la relevancia de la experiencia del terapeuta en la aplicación del debate o sobre la verificación del moldeamiento verbal como un proceso de aprendizaje implicado en el debate.

Teniendo en cuenta todos estos aspectos, en los estudios empíricos de esta tesis trataremos de dar respuesta a dichas cuestiones, a través de los siguientes objetivos y metodología:

Estudio 1:

- Conocer el uso de la reestructuración cognitiva por parte de los terapeutas que se dedican a la práctica clínica en España.

Se empleará una metodología de encuesta.

Estudio 2:

- Examinar el papel que determinadas estrategias del terapeuta antecedentes tienen en la generación de verbalizaciones más adaptativas por parte del cliente.
- Contrastar si algunas de las propuestas planteadas por autores clásicos con respecto a las preguntas que se emplean para cuestionar se corresponde con una mayor efectividad.

Estudio 3:

- Analizar y comparar la actuación de terapeutas expertos e inexpertos durante el debate en reestructuración cognitiva y su relación con la efectividad de los debates.

Para los estudios 2 y 3 se empleará metodología observacional.

Estudio 4:

- Demostrar experimentalmente que uno de los procesos de aprendizaje implicados en la aplicación de la técnica del debate socrático es el moldeamiento verbal.

- Comprobar si el debate socrático aplicado mediante moldeamiento verbal es más eficaz y eficiente para el cambio de verbalizaciones del cliente.

Para el estudio 4 se empleará metodología experimental.

TERCERA PARTE:
ESTUDIOS EMPÍRICOS

CAPÍTULO 5

ESTUDIO EMPÍRICO I *Applying cognitive restructuring in therapy:* *The clinical reality in Spain¹*

1. ABSTRACT

Cognitive restructuring is one of the most widely used techniques among psychologists of different orientations. However, there is a lack of clarity in what concerns its precise definition, functioning, effectiveness, and components. Objective: To obtain precise information on how psychotherapists use cognitive

¹ El presente estudio empírico ha sido publicado en la revista *Psychotherapy Research* y se presenta en el idioma en el que se publicó, respetando también parte del formato de este.
Pardo Cebrián, R., y Calero Elvira, A. (2017). Applying cognitive restructuring in therapy: The clinical reality in Spain. *Psychotherapy Research*, 29(2), 198–212. doi:10.1080/10503307.2017.1341655
(Received 27 December 2016; revised 25 April 2017; accepted 29 May 2017).

restructuring in their clinical practice in Spain. Method: A survey study was conducted following a descriptive quantitative methodology, with a cross-sectional design and a nonrandom sampling method. Three hundred and twenty psychotherapists responded to a questionnaire, created ad hoc, on cognitive restructuring. Results: Cognitive restructuring is widely used by therapists with different levels of experience, training, and following different psychotherapeutic approaches. Furthermore, it is applied to address a wide variety of psychological problems. There exist relevant differences in the use of the technique depending on the therapists' level of experience. Conclusions: This study has shown, for the first time, how cognitive restructuring is applied in daily clinical practice. The main implications of these results are discussed, and new lines of inquiry are proposed.

Keywords: cognitive restructuring; psychological practice; survey; therapy; clinical reality

Clinical or methodological significance of this article: This study has contributed to bringing the clinical reality of cognitive restructuring closer to the scientific community, by identifying which of the elements and procedures that are taught or researched are actually applied in daily practice.

2. INTRODUCTION

Despite its popularity and relevance in clinical contexts, the term, cognitive restructuring, rather than following a clear and universally accepted definition, may refer to a heterogeneous group of techniques, procedures, and psychotherapeutic approaches (Méndez, Olivares, & Moreno, 1998). Its main exponents were Albert Ellis, with his Rational Emotive Behavior Therapy, and Aaron Beck, who applied Cognitive Therapy for depression (Beck, 1967; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Cognitive restructuring is one of the most commonly used techniques of

psychological intervention in clinical practice. Even if it is usually associated with cognitive behavioral approaches to therapy, it is widely used by psychologists of different orientations. In fact, a study conducted by the APA (2003) about the main activities carried out during consultation found that 86.8% of psychologists tried to identify and challenge clients' thoughts, and 85.5% sought to relate thoughts and emotions. Of the 241 participants in the study, only 28% followed a cognitive-behavioral approach; in fact, no significant differences were found in the type of activities carried out by practitioners of different therapeutic orientations.

In one of the most comprehensive reviews of cognitive restructuring, Carey and Mullan (2004) concluded that there is little clarity regarding the precise definition of this technique: The procedure it should follow, when or how it should be used, or what its main components are. Years later, other systematic reviews share the view that this technique has not yet been properly defined, and that this is an obstacle for its own advancement as well as for the clinical psychologists who employ it (Clark & Egan, 2015). Indeed, the term, cognitive restructuring, may be used for a variety of purposes. It can be used to refer to Socratic questioning, which is one of its procedures; it may also refer to the technique as a whole, with all its therapeutic constituents, or to Beck and Ellis' specific approaches; or even to its result, namely, a change (restructuring) of the client's thinking. In this scenario, a clear explication of cognitive restructuring's terms and procedures will improve the communication between the members of the scientific community, which in turn will result in a more effective clinical practice. With this in mind, in this study, we will refer to cognitive restructuring as a technique of psychological intervention that comprises a structure of therapeutic procedures that focus on the exploration, evaluation, and substitution of the maladaptive thoughts (Clark, 2013).

Cognitive restructuring has often been considered one of the most complex techniques to apply. This is owing to the therapeutic skills required to apply it, but also to its relative lack of structure in comparison with other psychotherapeutic techniques (Bados & García, 2010). This, in turn, may be explained by both the unclear nature of the procedures and components to be applied, and to a heterogeneity in the existing proposals. In this respect, besides the classical studies of Beck and Ellis, in which a variety of techniques, elements, and stages of application are discussed, there are a number of researchers who have sought to clarify cognitive restructuring's application procedures and have hence provided guidance to practitioners. We must mention, among others, the work of Overholser (1993a, 1993b, 1994, 1995, 1996, 1999), Padesky and Greenberg (1995), and Lam and Gale (2004). It is important to highlight that all these proposals about how cognitive restructuring should be applied are based on either theory or clinical practice itself, rather than on research to support the choice of some therapeutic options over others.

As regards the technique's effectiveness, there is a significant amount of research that supports its validity in treating a variety of psychological problems (see Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; Degotardi et al., 2006; González et al., 2004; Gould, Mueser, Bolton, Mays, & Goff, 2001; Strunk & DeRubeis, 2001). However, given the terminological and procedural confusion discussed above, it is not always easy to obtain valid conclusions concerning its effectiveness. Moreover, much of this research focuses on "treatment packages," rather than on the effects of cognitive restructuring in isolation. On the other hand, psychotherapy process research tries to account for why this technique works and what are its mechanisms of change. In this line, a number of studies have been published (Garratt, Ingram, Rand, & Sawalani, 2007; Jarrett & Nelson, 1987; Longmore & Worrell, 2007; Whisman, 1993), which have obtained very different, sometimes contradictory,

results. To cite but one example, it was found that behavioral experiments produced deeper changes than discussions (Bennett-Levy, 2003); however, other authors found evidence to the contrary (Jarrett & Nelson, 1987). Again, we must conclude that no clear-cut conclusions may be drawn from the research, owing to contradictions like the one mentioned above, and, more generally, to the wide range in both the research methods employed and the cognitive measures utilized to assess change.

In what regards the field of applied clinical psychology, several studies reveal a lack of acquaintance with cognitive restructuring on the part of clinical psychologists. James and Morse (2007) analyzed inexperienced psychologists' knowledge of discussion questions, finding that, generally speaking, they were unfamiliar with their types, functions, and precise structure. They also admitted to not reflecting on the use of those questions that they employed when debating. Besides the absence of clarity on cognitive restructuring, there also exists the classical psychological issue of the dissociation between theoretical research and clinical practice (Becoña, 1999; Kazdin, 2008). A study that surveyed clinical psychologists on their application of intervention techniques in cases of anxiety found that, even if most practitioners saw themselves as cognitive-behavioral in orientation, they failed to apply the techniques that had been supported by effectiveness studies (Hipol & Deacon, 2013). In fact, several studies have consistently shown that applied clinical psychologists do not usually find research in psychotherapy especially relevant to their practice (Morrow- Bradley & Elliott, 1986; Safran, Abreu, Ogilvie, & De Maria, 2011). Moreover, they are reluctant to change procedures and ways of tackling problems that have been overlearned (Persons, 1995). On the other hand, the problem of a gap between research and clinical practice is felt in the two directions. Research findings are not always shared in an adequate way, and it may be true that researchers

should learn to write for practitioners in order for their research to be effectively disseminated (Echeburúa, Corral Gargallo, & Salaberría, 2010).

In this same line, the systematic review by Rakovshik and McManus (2010) reveals again the distance between research and clinical practice. Although there is extensive empirical support for the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) and there are many intervention protocols that have been shown to be effective in randomized controlled trials, results comparing daily clinical practice with research show that the effectiveness of established CBT protocols is not guaranteed in all cases when removed from the research environment. Also, some research has been done to explore whether different therapists following the same treatment protocol apply the same techniques. It has been found that therapists who were trained in adherence to protocolized CBT demonstrated flexibility in the application of therapeutic techniques in response to specific patient characteristics (Connolly Gibbons, 2003). Different therapists do not do the same in therapy; however, these differences are masked in outcome studies. Precisely, with all this in mind, the objective of our study is to obtain precise information on how psychotherapists use cognitive restructuring in their clinical practice.

3. METHOD

Sample

The research sample was composed of 272 psychologists from the clinical context, 75.7% female and 24.3% male, of ages between 23 and 69 ($X = 40.46$, $SD = 10.70$). Participants, who entered the study voluntarily, came from all the Spanish Autonomous Communities. The inclusion criterion was being a clinical psychologist in Spain. The sample was accessed through official directories such as the Registro

General de Centros y Servicios Sanitarios del Ministerio de Sanidad (Spanish Ministry of Health's General Register of Health Care Centers and Services, Regcass) and the public directories of each Autonomous Community's Colegio Oficial de Psicólogos (official professional association of psychologists). Given that the lists provided were neither exhaustive nor exclusive, random sampling was not possible, and hence convenience sampling, a non-probability sampling technique, was chosen instead. Thus, those psychologists with an email address in the directories were contacted. A total of 1603 emails were sent. Purposive sampling was also introduced, and the research group contacted clinical psychologists with different degrees of experience in the field. The research design was approved by Autónoma University of Madrid's Research Ethics Committee.

Variables and Instruments

This was a survey study following a descriptive quantitative methodology. The research design was crosssectional and non-random sampling was applied. The following data were gathered from the clinicians:

- Therapist characteristics: Sex, age, training in clinical psychology, target population, psychotherapeutic orientation, and years of clinical experience.
- Frequency and characteristics of their application of cognitive restructuring: Frequency of application (in general as well as in the different stages of the therapeutic process), dependence of their application on the type of psychological problem addressed, frequency of use of the technique's different components, mode of application of Socratic questioning and specific benefits of this strategy, degree of planning of the cognitive restructuring, frequency of reinforcement of

the adaptive verbalizations, and frequency with which restructuring is used a second time in order to discuss a single thought.

- Appraisal of the utility and effectiveness of cognitive restructuring: Indicators relied on by therapists in order to assess the strategy's effectiveness, general appraisal of its performance.
- Training in cognitive restructuring: Appraisal of its adequacy authors used as points of reference.

As regards the research instruments, a questionnaire was designed ad hoc for this study. This questionnaire, which asked about 27 items, was anonymous and self-administered. Question types varied, including some items offering a Likert-type scale from 1 to 5 (1 being minimum intensity and 5 maximum), and other items requesting a binary option, ranking, or multiple-choice questions. In order to facilitate a larger response rate, not all questions were mandatory. Figure 1 shows the questionnaire items related to the application of cognitive restructuring. Moreover, Google Forms was used in order to create the questionnaire and record the data. The questionnaire was sent using the institutional email of Universidad Autónoma de Madrid and, finally, SPSS 23.0 was used for statistical analysis of the data obtained.

Figure 1. *Questionnaire on Cognitive Restructuring.*

The term, cognitive restructuring, can be understood in different ways: as referring to the technique, the therapeutic process, Socratic questioning...In this study we will use the term to refer to the technique, in accordance with the following definition:

The purpose of cognitive restructuring is to identify and modify the client's maladaptive cognitions, by highlighting their negative impact on conduct and emotions. Discussion or debate is the technique's central therapeutic component - but not its only one, as cognitive restructuring may also include strategies such as explaining the role of thoughts in shaping behavior, or reality testing, among others.

Therefore, **THROUGHOUT THIS QUESTIONNAIRE**, when referring to **COGNITIVE RESTRUCTURING** we will be using the definition above – **NOT ONLY DISCUSSION BUT ALL THE OTHER COMPONENTS IT INCLUDES**. Please keep this in mind when answering the following questions:

1. Do you use cognitive restructuring in therapy?

YES

NO *THE QUESTIONNAIRE HAS BEEN COMPLETED

2. How frequently do you apply cognitive restructuring in the clinical cases you treat in therapy? Please indicate the approximate percentage

- Less than 25% of cases
- 25-50% of cases
- 50-75% of cases
- Over 75% of cases
- Don't know / No answer

3. With what frequency do you employ cognitive restructuring in each of the stages of the therapeutic process? For each stage, please indicate the frequency of use of cognitive restructuring on a scale from 1 to 5.

	Never	Few times	Sometimes	Almost always	Always	Don't know / No answer
Assessment						
Explanation of the problem						
Treatment						
Follow-up						

4. Assuming that there will be differences related to each specific case, do you believe that applying or not applying cognitive restructuring depends on the type of psychological problem that is being treated?

YES * PLEASE, ANSWERS THE 5 QUESTION

NO * PLEASE, ANSWERS THE 6 QUESTION

5. In your opinion, in relation to what types of psychological problems should cognitive restructuring be applied? Select as many options as you wish

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anxiety (panic, phobias, GAD, etc.) | <input type="checkbox"/> Relationship problems |
| <input type="checkbox"/> Depression / low mood | <input type="checkbox"/> Sexual problems |
| <input type="checkbox"/> Eating behavior | <input type="checkbox"/> Sleep-related problems |
| <input type="checkbox"/> Social skills | <input type="checkbox"/> Children behavior problems |
| <input type="checkbox"/> Work-related stress | <input type="checkbox"/> Adolescent and teen behavior problems |
| <input type="checkbox"/> Anger / aggressiveness | <input type="checkbox"/> Psychotic problems |
| <input type="checkbox"/> Addictions | <input type="checkbox"/> Other: |
| <input type="checkbox"/> Obsessions | |

6. How frequently do you use each of the following techniques of cognitive restructuring? Please indicate the frequency of use of each technique on a scale from 1 to 5.

	Never	Few times	Sometimes	Almost always	Always	Don't know
Explanation of the role of thoughts						
Identification of irrational thoughts						
Debate						
Behavioral experiments						
Self-questioning or ABCDE registers						

7. In the clinical cases that you treat in therapy, how frequently do you conduct behavioral experiments in order to test the conclusions obtained through discussion techniques?

- Less than 25% of cases
- 25-50% of cases
- 50-75% of cases
- Over 75% of cases
- Don't know / No answer

8. To what degree do you believe that cognitions have a determining role in clients' psychological alterations? Indicate the degree from 1-5, 1 being "They never have a causal role" and 5 being "They always have a causal role".

1	2	3	4	5
Never				Always

According to the classical authors, applying Socratic questioning requires several strategies for challenging maladaptive thoughts:

- Examining their utility. For example: “Does this thought help you achieve your objectives and solve the problem?”
- Examining their empirical evidence and rationale. Examples: “Is this thought completely true?” “What evidence is it based on?” “Do those evidences constitute a sufficient sample for the conclusions you deduce?”
- Examining their consequences, assuming that the thoughts are true. For instance: “What would happen if things were really as you think they are?” “Would it be as bad as it seems?”

9. Do you use these types of questions (evidence/ rationale, consequence, utility) during Socratic questioning?

YES * PLEASE, ANSWERS THE 10,11,12 QUESTION

NO * PLEASE, ANSWERS THE 13 QUESTION

DON'T KNOW / NO ANSWER

10. How frequently do you ask these types of questions (evidence/ rationale, consequence, utility) during questioning? Please indicate the frequency on the following scale, where 1 = very few times, and 5 = always.

1	2	3	4	5
Very few times				Always

11. Do you follow a prearranged order when asking these types of questions?

YES * If so, please specify the order by writing a number next to each item on the following list:

NO

DON'T KNOW / NO ANSWER

	1	2	3
Evidence/logic questions			
Consequence-related questions			
Utility questions			

12. In your opinion, how useful is employing these types of questions (evidence, rationale, utility and consequence) in order to restructure maladaptive thoughts?

1 2 3 4 5
Very little Very much

13. When applying Socratic questioning, there are a variety of ways of challenging maladaptive thoughts. Which of the following do you use?

- Suggesting the path to be followed by suggesting alternative, more adaptive thoughts.
- Not guiding clients as to the path that should be followed; rather, allowing them to generate their own solutions.
- I use both of the above options, depending on the case.
- I use neither of the above.

14. Before beginning cognitive restructuring, to what extent have you planned the target or final adaptive thoughts you want your client to reach?

I never have them planned 1 2 3 4 5 I always have them planned

15. During questioning, to what degree do you reinforce, or show your approval of, clients' verbalizations that get closer to more rational thoughts?

1 2 3 4 5

Never Always

16. What indicators do you use in order to assess the effectiveness of applying cognitive restructuring?

- ☐ The client verbalizes having changed his/her behavior outside the clinical context, in relation to the topics discussed in session.
- ☐ The client alludes to the use of cognitive restructuring in his or her natural context in an autonomous way.
- ☐ The client verbalizes more rational and adaptive thoughts in relation to the topics that have been discussed in session.
- ☐ The client describes general improvements in his or her well-being.
- ☐ There has been a reduction or elimination of the client's description of negative emotions in relation to situations that used to affect him or her negatively, in relation to the topics discussed in session.
- ☐ Other:
- ☐ Don't know / no answer

17. Once a maladaptive thought has been discussed, how frequently do you restructure the same thought in subsequent sessions?

1 2 3 4 5
Never Always

18. In the light of your clinical experience, do you consider that cognitive restructuring is a clinically successful technique?

1 2 3 4 5

Not successful at all Very successful

19. Do you consider that the training you have received in cognitive restructuring is sufficient to apply the technique adequately?

1 2 3 4 5

No, it is totally insufficient Yes, it is totally sufficient

20. What experts in the field have most shaped your training in cognitive restructuring?

- ☐ Aaron Beck
- ☐ Albert Ellis
- ☐ Other:
- ☐ No one in particular
- ☐ Don't know / no answer

Procedure

The study was conducted in the following stages:

1. Questionnaire item design. Using a theoretical review as their starting point, the two authors of this study established a list of items to include in the questionnaire. Both researchers had extensive training in the field of clinical psychology; moreover, one of them was also experienced in research and specialized in cognitive restructuring.
2. Expert validation. Once the questionnaire draft was created, it was submitted to a panel of experts for review. As part of this process, items were designed in order to evaluate the difficulty, estimated time of response and utility of each item. Aspects related to both the content and the form of the questionnaire were assessed. At this stage, the questionnaire was fully reviewed by 5 expert psychologists: 3 from the clinical field, another from the field of Psychological Evaluation and, finally, one from the field of Methodology.
3. Pilot testing. After expert recommendations were incorporated into the questionnaire design, the new version was sent to 12 clinical psychologists with the aim of piloting the questionnaire's adequacy in a reduced and representative sample of the target population. The psychologists, who had different clinical traits (degrees of experience, psychotherapeutic orientations) were asked not only to respond to the questionnaire but also to review the questionnaire itself following the same criteria as the expert referees: item relevance, difficulty, estimated response for each item, etc. Following an analysis of the responses to this pilot survey, a final version of the questionnaire was drafted and given digital form.

4. Accessing the survey respondents. The target population was contacted through Universidad Autónoma de Madrid's institutional email. After the initial message, two reminder messages were sent: the first one after two weeks and the second one month and one week after the first message. The criterion for making these reminders was not only temporal, as a decreasing or stagnant response rate was also taken into account. As a whole, this stage lasted for a total of two months.

5. Data analysis. Once the response rate was found to be sufficiently low, the analysis stage began. Of an initial sample of 325 participants, 5 of them did not apply cognitive restructuring in their daily clinical practice. It was found that the first item on the questionnaire failed to achieve the objective of discriminating who applied or didn't apply the technique, as many of those who didn't apply it decided to leave the whole questionnaire unanswered. Therefore, for clarity sake, the 5 negative responses were eliminated from the study. Moreover, of the 320 clinical psychologists who participated in the survey and claimed to apply cognitive restructuring in therapy, only the responses given by the 272 practitioners (84.7% of respondents) who follow the cognitive-behavioral model were taken into account. With respect to the therapeutic orientation, taking into account the total number of respondents ($N = 320$), the most popular therapeutic orientations among them were cognitive-behavioral (76.3%), third generation (21.9%) and eclectic (18.5%). Respondents selected a minimum of 1 orientation and a maximum of 6, the mean of orientations selected being 1.8 (SD 1.03). The sample of therapists for the results of this study was selected from the cognitive-behavioral model, that is, these therapists selected, at least, one of the orientations of the three generations of such model: cognitive-behavioral, behavioral or third generation. On the other hand, there were 49 practitioners (15.3% of respondents) who, while claiming to apply cognitive restructuring, did not select any of the above options. Their responses on the application of cognitive restructuring were left out of the analysis, as it was

considered that there was no sufficient guarantee that practitioners outside the cognitive-behavioral model have the same understanding of the technique as those inside. The final sample was hence of 272 subjects, except for those items that did not require a mandatory answer. To facilitate the analysis, in those items where the response was in the form of a 5-point frequency scale, responses were grouped in three blocks: low frequency (never and almost never); medium frequency (sometimes) and high frequency (almost always and always). Similarly, in those items where the response options were composed of 4 intervals of ordered frequencies, responses were also grouped in two blocks: high frequency (over 75% and between 75-50%) and low frequency (between 50-25% and under 25%). As regards the statistical tools employed for data analysis, both descriptive statistics (frequency, median, mode, standard deviation) and contrast analysis (Pearson's chi-squared tests) were used.

4. RESULTS

Clinical characteristics of therapists

Most therapists in the sample (62.9%) had 7 or more years of clinical experience; a smaller percentage of them (37.1%) had between 0 and 6 years of experience. We found that the most popular therapeutic orientations, within the cognitive-behavioral perspective, were cognitive-behavioral (89.7%), third generation (25.7%) and behaviorist (17%). Table 1 shows the therapists' main clinical characteristics.

Application of cognitive restructuring

In this section we describe the results on how cognitive-behavioral therapists apply cognitive restructuring ($n = 272$), and we highlight the main differences according to the level of the therapists' experience in the most relevant clinical questions where we found statistically significant differences. For clarity purposes, the 4 levels of

experience were grouped into only two. Psychologists with less years of experience (0-2 and 3-6 years) formed the inexperienced group (n=101), whereas those with more years of experience (7-10 and over 10) were considered to be the expert group (n=171).

Table 1
Clinical characteristics of the surveyed therapists from cognitive behavioral perspective (n=272)

		Frequency	Percentage
Clinical experience	From 0 to 2 years	40	14.7%
	From 3 to 6 years	61	22.4%
	From 7 to 10 years	38	14%
	Over 10 years	133	48.9%
Target population of therapy	Adults	104	38.2%
	Adults, adolescents, infants	62	22.8%
	Adults and adolescents	39	14.6%
	Adults, adolescents, infants and seniors	23	8.5%
Training	Bachelor's and Master's degree (specialization: clinical)	214	78.7%
	Bachelor's degree and Ph.D. (specialization: clinical)	42	15.4%
	Psychologist specialized in clinical psychology (specialization at hospitals)	14	5.1%
Therapeutic orientation	Cognitive behavioural	244	89.7%
	Third generation therapies	70	25.7%
	Behaviorist	47	14.3%

Note: The different therapeutic orientations were not mutually exclusive. Therefore, the table shows percentages of response to the different orientations, chosen on their own or among others.

- *Frequency of application.* It was found that 83.1% of psychologists utilized restructuring in over 50% of their therapy cases. The remaining 16.5% applied cognitive restructuring in less than 50% of cases.⁵ Of the different stages that compose the therapeutic process, cognitive restructuring was applied with the

⁵ In some of the cases analyzed, the total percentage does not reach 100%, as some respondents chose the “don’t know / don’t answer” option.

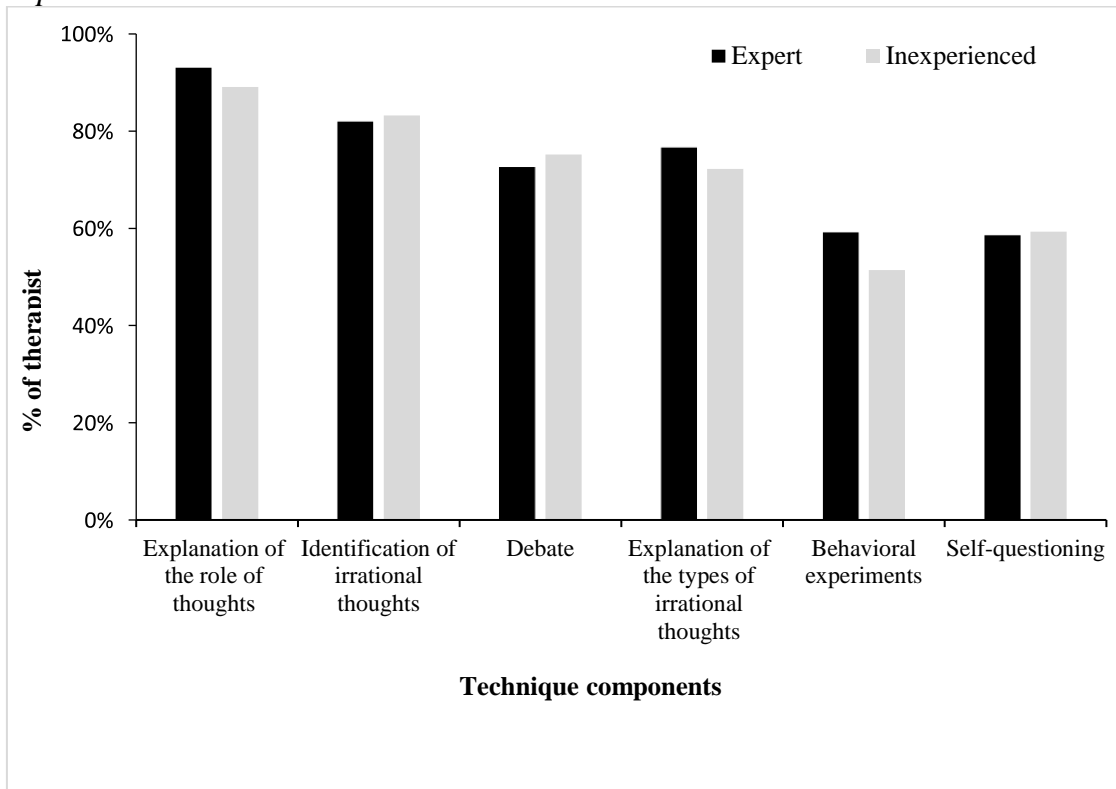
highest frequency during treatment, follow-up, and explanation, in this order. It was applied with a high frequency (almost always and always) in 18.1% of cases during assessment, in 50.7% during explanation of the problem, in 89.3% during treatment and in 53.3% during therapy follow-up.

Expert therapists applied cognitive restructuring with a statistically higher frequency than their inexperienced colleagues in some stages of the psychotherapeutic process. During the assessment stage, experts applied restructuring with a higher frequency (23.9%) than the inexperienced group (7.9%), $\chi^2(5, N=251)=14.18$ $p<.05$. Similarly, during the explanation of the problem, expert therapists (61.4%) relied more on cognitive restructuring than their inexperienced counterparts (32.7%), $\chi^2(5, N=262) = 32.19$, $p<.01$. During treatment and follow-up stages, where no significant differences between the two groups were found.

- *Technique components.* Those that were applied with the highest frequency were: the explanation of the role of thoughts in behavior (91.5%), assistance in identifying irrational thoughts (82.3%), explanation of the type of irrational thoughts (75%) and Socratic questioning (73.6%). Less used components include self-questioning or ABCDE registers (62.9%) and reality testing (56.3%). Figure 2 shows the application of the components of the cognitive restructuring technique according to the level of experience of the practitioners. Although there were some differences between experts and inexperienced therapists, these differences were not statistically significant.

Figure 2.

Application of the different components of cognitive restructuring by therapists' experience.



- *Role of thoughts in the client's psychological problems.* 86.4% of psychologists claimed that thoughts had a determining role always or almost always. Both, inexperienced therapists and experts agree with this issue in great measure, and no statistically significant differences were found.
- *Application of cognitive restructuring according to problem type.* 58.5% of respondents considered that applying or not this strategy does depend on the type of psychological problem. Of the 14 problems listed, 11 reached a percentage over 60%. The most frequently mentioned were mood disorders (91.6%), anxiety problems (90%), problems of anger or aggressiveness (81.3%), social skills problems (80.6%) and relationship issues (80.2%). The least mentioned were psychotic problems (26.5%), problems involving the

infant population (36.3%) and sleep problems (42.1%). No statistically significant differences were found between expert and inexperienced therapists.

- *Discussion questions.* As regards the use of debate questions suggested by the classical authors (asking about empirical evidence/rationale, consequence and utility), in terms of frequency of use we found that 92.3% of practitioners employ these questions for the debate, and 66.1% of practitioners utilize them very frequently (always or almost always). In terms of order, 58.2% would not follow a predetermined order when they use discussion questions. On the other hand, those respondents who followed a set order of questions (n=100) would start with evidence/logic questions (78%); 51% of them asked consequence-related questions in the second place, and 47% employed utility questions in the third place. Statistically significant differences were found concerning psychotherapists following a predetermined order of applied questions of debate. Inexperienced therapists followed more often a predetermined order for asking the discussion questions (50.5%) than expert therapist (33.5%), $\chi^2(3, N=251)= 9.13, p<.05$. Lastly, with respect to usefulness, within the therapists who applied discussion questions (n=251), 81.7% considered them useful or very useful.
- *Guiding the discussion process.* It was found that most psychologists (71%) preferred to combine more guided debates with ones with no direct guidance. The second preferred option, with 18.4% of responses, was to debate without telling the client what the intended direction is. No statistically significant differences were found between expert and inexperienced therapists.
- *Planning of “meta” thoughts* that are set as the target for the client. 43% of respondents had them planned almost always or always before beginning the cognitive restructuring. 36.8% had them planned sometimes and 20.2%

planned them almost never or never. There were no statistically significant differences between experts and inexperienced therapists.

- *Reinforcement of the client's verbalizations* that tend toward more rational thoughts. 82% of respondents would do so with a very high frequency. Regarding the level of experience of the therapists, no statistically significant differences were found.
- *Effectiveness of cognitive restructuring*. On the one hand, we examined the *effectiveness indicators* applied by the psychotherapists. Of the 5 options, the most common choice (76.1%) was, "the client verbalizes having changed his/her behavior outside the clinical context, in relation to the topics discussed in session". The number of indicators on which the therapists would rely was 3 ($X=3.3$, $SD= 1.39$). Table 2 shows the percentages corresponding to each indicator and the number of indicators used by the practitioners to assess the technique's effectiveness.

Table 2

Effectiveness indicators used by therapists to assess cognitive restructuring

Indicators	Frequenc y	Percentage
- The client verbalizes having changed his/her behavior outside the clinical context, in relation to the topics discussed in session.	207	76.1%
- The client alludes to the use of cognitive restructuring in his or her natural context in an autonomous way.	202	74.3%
- The client verbalizes more rational and adaptive thoughts in relation to the topics that have been discussed in session.	201	73.9%
- The client describes general improvements in his or her well-being.	151	55.2%
- There has been a reduction or elimination of the client's description of negative emotions in relation to situations that used to affect him or her negatively, in relation to the topics discussed in session.	142	52.2%

Statistically significant differences were found concerning the *effectiveness indicators* applied by the psychotherapists. Inexperienced therapists value the change in client verbalizations toward more rational verbalizations as an indicator of cognitive restructuring successful. However, expert therapists give this indicator of effectiveness less weight, $\chi^2 (1, N=272)= 4.43, p<.05$. On the other hand, we explored the extent to which therapists would be in need of *restructuring again a previously discussed thought*, finding that 68.4% would do it sometimes, 24.3% almost always and 10.3% almost never or never. Finally, 80.1% of therapists considered that cognitive restructuring had a significant *clinical success* (4 and 5 in Likert type scale).

- *Adequacy of the training received on cognitive restructuring and main authors used as points of reference.* Regarding the first question, 50.8% of respondents regarded their training as sufficient to implement it effectively. As to the authors that they use as their points of reference, Aaron Beck and Albert Ellis (one of them, or both) were chosen by 81.7% of the surveyed therapists; other professors, handbooks and therapists were mentioned to a lesser extent. There were no statistically significant differences between experts and inexperienced therapists in these items.

5. CONCLUSIONS

This study has attempted to show, for the first time in the literature as far as we know, how the procedures of cognitive restructuring, so far described in manifold ways from a theoretical perspective (Beck, 1967; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Ellis, 1962; Ellis & Grieger, 1977; Overholser, 1993, 1994, 1995, 1996 y 1999) are actually applied in daily clinical practice.

The results obtained seem to confirm that cognitive restructuring is widely used in therapy, in terms of frequency of application, the variety of psychologists of different training and levels of experience that utilize the strategy, and the range of

psychological problems that are treated using it. As the results suggest, cognitive restructuring is used in most therapy processes, in all the stages of the process (although chiefly during treatment and follow-up). These results are in the line to what psychological intervention guides and handbooks recommend in relation to the application of the technique during the therapeutic process. Although it was not a direct objective of this study, in the initial sample with all psychologists that answered to the questionnaire, including therapists with different therapeutic orientations (who defined themselves as humanists, eclectic, systemic or psychoanalysts), we found that all of them used cognitive restructuring, despite the fact that this therapeutic strategy “belongs” to the cognitive-behavioural approach. This finding is consistent with other studies that describe the activity of psychologists in other countries. As was described in the APA study (2003), modifying clients’ thoughts is one of the most common activities that take place in therapy, regardless of the practitioner’s orientation.

Several questions arise from the previous results. Firstly, why is cognitive restructuring so widely used? Why do almost all practitioners utilize it, regardless of the theoretical framework that founds their practice? While other techniques seem to be ascribed to specific orientations (for instance, few psychoanalysts will employ systematic desensitization -Wolpe, 1958-), cognitive restructuring appears to be a common procedure to all therapeutic orientations in the treatment of many psychological problems; indeed, a fundamental tool for almost any psychotherapeutic approach, regardless of how removed the latter may be from the original theoretical model that gave rise to cognitive restructuring. From our perspective, there are two factors that help account for this. Firstly, given the ambiguity there exists in relation to the defining characteristics of the technique, it is possible that different psychologists may claim to be applying cognitive restructuring while utilizing it in very different ways and it is possible that therapists of other orientations than cognitive-behavioral are not understanding the same when they say they are using cognitive restructuring.

The second reason that may help explain this fact is the highly significant role played by verbal behavior in the clients' psychological problems (Hayes & Wilson, 1994; Kohlenberg and Tsai, 1991). As a result, strategies directed at changing verbal behavior must be very widely used in clinical practice. Indeed, modifying the client's verbalizations is essential for modifying behavior generally, not only verbal. When we change verbalizations, we also modify their function and, as a result, they cease to provoke a number of aversive emotional responses and/or subsequently provoke other appetitive ones. Moreover, the modified verbalizations may also have set the normative framework that governs a wider set of individual behaviors. Hence, several authors understand cognitive restructuring as a strategy directed at modifying the client's rules (Martin & Pear, 2008; Poppen, 1989). In some ways, the significance of language or verbal behavior is also highlighted by the results of this study for, most respondents (86.4%) claimed that the role of thoughts in psychological alterations was a determining one.

Turning to the application of restructuring, it was found that the most frequently used component is not Socratic questioning, but the explanation of the role of thoughts in behavior. This result is not consistent with the literature on cognitive restructuring, which understands Socratic questioning as its fundamental component (Padesky, 1993). Neither is it in line with previous empirical research conducted by our research team (Calero, Froján, Ruiz & Vargas, 2011) which also found that Socratic questioning was the most frequent activity. However, it is reasonable that the therapist's explanation of the role of the client's thoughts in therapy be the most widely used element, as this explanation can take place at any moment of the therapeutic process in order to help the client understand a specific variable that influences his or her current state. And, in many cases, this knowledge is sufficient to generate the required changes. Data also revealed that behavioral experiments or reality testing is the less widely used component. However, several studies on process research in cognitive restructuring identified behavioral experiments as powerful

elements of the technique (Jarrett & Nelson, 1987). This can be interpreted as evidence of the gap between practitioners and research in the field that has been consistently shown by several researches (Morrow & Elliott, 1986; Safran, Abreu, Ogilvie, & De Maria, 2011)

As to the way of applying Socratic questioning, over half of the therapists use discussion questions formulated by classical authors such as Ellis (Ellis, 1962; Ellis & Grieger, 1977): questions that ask about empirical evidence/rationale, consequence and utility. Furthermore, they generally follow this order, which is consistent with the fact that almost all the respondents (81.7%) claimed to have been trained in cognitive restructuring with Beck and Ellis as their points of reference. It is unknown whether following this order is more or less effective, or whether it is more or less useful, but the fact remains that the classical authors' guidelines have been followed to a large extent. Given that clinical practice shapes the therapists' procedures, it may be asked whether their choice of these discussion questions is based on a greater effectiveness in therapy; this, however, should be investigated in future research.

We have also found that a notable percentage of therapists (71%) tend to combine two styles or courses of action. Sometimes they guide clients on the path that should be followed and clarify the possible alternatives; at other times they leave it to the clients to discover the path and the possible solutions all by themselves. As to the questioning style, there is a tendency to select "guided discovery" as the preferred method, following Beck's original suggestion (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993). In fact, some authors even consider guided discovery to constitute the very essence of the discussion. (Padesky, 1993). In this case, even if there is theoretical research that supports the key role of guided discovery, empirical evidence seems to suggest otherwise. In fact, as has been suggested before, previous research by this team discovered that discussions were made effective, among other factors, by the therapist indicating the path to be followed, in accordance with principles of shaping (Calero, Froján, Ruiz, & Alpañés, 2013). In relation to this, planning of the

end result of questioning is essential when helping to shape client behavior, but we have found that less than half of the surveyed practitioners will regularly plan the path toward which they want to lead their clients. This is a sign of the lack of connection between the field of research and clinical practice and the need to unify them. Finally, a significant portion of practitioners (82% do it frequently) follows another of the key principles of an effective discussion, namely, reinforcing the clients' successive approximations or most adaptive thoughts expressed by them (Calero, Froján, Ruiz, & Alpañés, 2013).

When assessing the technique's effectiveness, the most highly valued indicator used by therapists is related to changes in the client outside session. This, in principle, is not the direct change of the technique of cognitive restructuring used in session, but it would be the change in maladaptive thoughts. In fact, the indicator associated with client verbalization of increasingly rational or adaptive thoughts is only third in frequency of use. It seems that the therapists' preferred indicator to assess the effects of restructuring is related to the ability of promoting change in the clients' natural contexts. Again, the relevance of verbal behavior in psychotherapy becomes clear, and it owes to its power to guide behavior in different situations (Poppen, 1989).

On the other hand, only half of the respondents believe that the training they have received in cognitive restructuring is sufficient. This may owe to the already discussed absence of specific guidelines on how to apply it, its difficulty, lack of structure when compared to other techniques, and the variety of existing procedures and methodologies. Overall, then, cognitive restructuring's degree of complexity does not go hand in hand with a greater emphasis on training, and this, we believe, should be taken into account by professionals in charge of training inexperienced psychologists.

Finally, analyzing the application of cognitive restructuring as a function of the therapists' experience can give us clues on what is the best way of applying it. As the APA (2006) suggests, identifying the technical skills utilized by clinical experts

in their practice is a means to increase our knowledge of the effectiveness of the different treatments. And, even if there are no significant differences between more and less experienced therapists in most of our results, there are some important exceptions. Firstly, expert practitioners apply the technique during more stages of the process than their less experienced counterparts, who do so mainly during treatment and follow-up. It may well be that experts have a greater capacity to identify anti-therapeutic behaviors and predict their effects on the client's problem; hence, they will try to modify them as they arise, what is likely to increase the therapy's effectiveness. Moreover, inexperienced therapists followed a predetermined order for asking the discussion questions with a higher frequency than expert therapists do. It is possible that expert therapists have developed more strategies and adjust some elements to debate as a result of shaping by their extensive clinical practice. In addition, for their part, the inexperienced, given the scarcity of guidelines to apply the technique, are guided largely by manual guidelines. Lastly, experts and inexperienced therapists take into account different indicators of change to assess the success of cognitive restructuring. Expert therapists value the change out of session most and do not focus so much on rational verbalizations. Probably, the experts take into account an indicator of change related to the generalization of clinical changes to the client's natural context.

This study presents a number of limitations that should be taken into account. Firstly, the use of a non-probabilistic sampling method affects the possibility of generalizing the data obtained. In future research, besides applying a random sampling method using a census of psychologists, it would be desirable to increase sample size so that the conclusions obtained would be more accurate and robust. Moreover, surveying using an online questionnaire has the drawback of not being able to have control over who responds to it, and results in an overall low response rate. The questionnaire itself had some limitations, chiefly the use of many response formats and the length of some of the questions, which could have negatively affected

the process of completing it. Lastly, one of the limitations of survey studies is that we cannot be sure that what clinicians respond they do is what they really do. It would be desirable that in future researchs, the results found in this study could be compared with what is actually done in daily clinical practice through observational methodology, also attending to the differences between expert and inexperienced therapists.

Despite these limitations, this study has contributed to bringing the clinical reality of cognitive restructuring closer to the scientific community, by identifying which of the elements and procedures that are taught or researched are actually applied in daily practice. In spite of conceptual and terminological confusion regarding cognitive restructuring, clinicians seem to agree in many aspects of its application. We consider this to be of great value, for it is a priority to make sure that what is found to be useful is actually used (Echeburúa, Corral, & Salaberría, 2010) and, to achieve this end, the first step is to know whether what we know that works corresponds with what is applied in therapy. Besides, the differences found between the performance of expert and inexperienced therapists can guide some key aspects in the training in cognitive restructuring of the inexperienced psychologists. Even though we begin to understand the challenges of applying cognitive restructuring to real life scenarios, there are still many aspects of this popular technique that remain to be discovered in order for it to become a more solid and effective psychotherapeutic strategy.

6. REFERENCES

American Psychological Association Practice Directorate (2003). *PracticeNet survey: Clinical practice patterns*. Downloaded on October 3, 2016. <http://www.slideshare.net/www.apa.org/clinical-practice-patterns-summer-2003-presentation>

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285. [doi:10.1037/0003-066X.61.4.271](https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271)
- Bados, A. & García, E. (2010) La técnica de reestructuración cognitiva [Cognitive restructuring technique]. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona*, 15.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York, NY: Hoeber.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression: A treatment manual*. New York, NY: Guilford Press.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York, NY: Guilford Press.
- Becoña, E. (1999). La discrepancia entre la investigación y la práctica clínica de la terapia de conducta [The discrepancy between research and clinical practice in behavior therapy]. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 4(2), 71-103. [doi:10.5944/rppc.vol.4.num.2.1999.3875](https://doi.org/10.5944/rppc.vol.4.num.2.1999.3875)
- Bennett-Levy, J. (2003). Mechanisms of change in cognitive therapy: The case of automatic thought records and behavioural experiments. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 31, 261–277. [doi:10.1017/S1352465803003035](https://doi.org/10.1017/S1352465803003035)
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, 26(1), 17-31. [doi:10.1016/j.cpr.2005.07.003](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003)
- Calero A., Froján, M. X., Ruiz, E. M., & Alpañés, M. (2013). Descriptive study of the socratic method: evidence for verbal shaping. *Behavior therapy*, 44(4), 625-638. [doi:10.1016/j.beth.2013.08.001](https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.08.001)
- Calero Elvira, A., Froján Parga, M. X., Ruiz Sancho, E. M., & Vargas de la Cruz, I. (2011). Conducta verbal de terapeutas y pacientes durante la aplicación de los

- distintos componentes de la reestructuración cognitiva. [Therapists' and patients' verbal behavior during the application of the different components of the cognitive restructuring technique]. *Revista Mexicana de Psicología*. 28 (2), 133-150.
- Carey, T. A., & Mullan, R. J. (2004). What is Socratic questioning? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 217–226. [doi:10.1037/0033-3204.41.3.217](https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.3.217)
- Clark, D. A. (2013). Cognitive restructuring. *The Wiley handbook of cognitive behavioral therapy*. Published Online: 20 SEP 2013. [doi:10.1002/9781118528563.wbcbt02](https://doi.org/10.1002/9781118528563.wbcbt02)
- Clark, G. I., & Egan, S. J. (2015). The socratic method in cognitive behavioural therapy: A narrative review. *Cognitive Therapy and Research*, 39(6), 863-879. [doi:10.1007/s10608-015-9707-3](https://doi.org/10.1007/s10608-015-9707-3)
- Connolly Gibbons, M. B. (2003). Flexibility in Manual-Based Psychotherapies: Predictors of Therapist Interventions in Interpersonal and Cognitive-Behavioral Therapy. *Psychotherapy Research*, 13(2), 169–185. [doi:10.1093/ptr/kpg017](https://doi.org/10.1093/ptr/kpg017)
- Degotardi, P. J., Klass, E. S., Rosenberg, B. S., Fox, D. G., Gallelli, K. A. & Gottlieb, B. S. (2006). Development and evaluation of a cognitive-behavioral intervention for juvenile fibromyalgia. *Journal of Pediatric Psychology* 31, 714–723. [doi:10.1093/jpepsy/jsj064](https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsj064)
- Echeburúa, E., Corral Gargallo, P. D., & Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: Un análisis de la realidad actual [The effectiveness of psychological therapies: An analysis of present-day reality]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(2). [doi:10.5944/rppc.vol.15.num.2.2010.4088](https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.2.2010.4088)
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York, NY: Lile Stuart.

- Ellis, A., & Grieger, R. (1977). *Handbook of rational emotive therapy*. New York, NY: Springer.
- Garratt, G., Ingram, R. E., Rand, K. L., & Sawalani, G. (2007). Cognitive processes in cognitive therapy: Evaluation of the mechanisms of change in the treatment of depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 224–239. [doi:10.1111/j.1468-2850.2007.00081.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2007.00081.x)
- González, J. E., Nelson, J. R., Gutkin, T. B., Saunders, A., Galloway, A., & Shwery, C. S. (2004). Rational emotive therapy with children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 12, 222–235. [doi:10.1177/10634266040120040301](https://doi.org/10.1177/10634266040120040301)
- Gould, R. A., Mueser, K. T., Bolton, E., Mays, V., & Goff, D. (2001). Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: An effect size analysis. *Schizophrenia Research*, 48, 335–342. [doi:10.1016/s0920-9964\(00\)00145-6](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(00)00145-6)
- Hipol, L. J., & Deacon, B. J. (2013). Dissemination of Evidence-Based Practices for Anxiety Disorders in Wyoming A Survey of Practicing Psychotherapists. *Behavior Modification*, 37(2), 170–188. [doi:10.1177/0145445512458794](https://doi.org/10.1177/0145445512458794)
- James, I. A. & Morse, R. (2007). The use of questions in Cognitive Behavior Therapy: Identification of question type, function and structure. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 35, 507–511. [doi:10.1017/s135246580700375x](https://doi.org/10.1017/s135246580700375x)
- Jarrett, R. & Nelson, R. (1987). Mechanisms of change in cognitive therapy of depression. *Behavior Therapy*, 18, 227–241. [doi:10.1016/S0005-7894\(87\)](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(87)00005-7)
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American psychologist*, 63(3), 146. [doi:10.1037/0003-066x.63.3.146](https://doi.org/10.1037/0003-066x.63.3.146)

- Lam, D. C., & Gale, J. (2004). Cognitive behaviour therapy: an evidence-based clinical framework for working with dysfunctional thoughts. *Counselling psychology quarterly*, 17(1), 53-67. [doi:10.1080/09515070410001665884](https://doi.org/10.1080/09515070410001665884)
- Longmore, R. J. & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review*, 27, 173-187. [doi:10.1016/j.cpr.2006.08.001](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.001)
- Mahoney, M. J. & Arnkoff, D. B. (1978). Cognitive and self-control therapies. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2ª ed., pp. 689-722). Nueva York: Wiley.
- Martin, G. & Pear, J. (2008). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla* [*Behavior modification: What it is and how to do it*]. Madrid: Pearson Education.
- Méndez, F. X., Olivares, J., & Moreno, P. (1998). Técnicas de reestructuración cognitiva en *Técnicas de modificación de conducta* [*Cognitive restructuring techniques in behavior modification techniques*] (6ª ed.) (pp. 409-442). Madrid: Biblioteca nueva.
- Morrow-Bradley, C., & Elliott, R. (1986). The utilization of psychotherapy research by practicing psychotherapists. *American Psychologist*, 41, 188-197. [doi:10.1037//0003-066x.41.2.188](https://doi.org/10.1037//0003-066x.41.2.188)
- Overholser, J. C. (1993). Elements of the socratic method: I. Systematic Questioning. *Psychotherapy*, 30, 67-74. [doi:10.1037/0033-3204.30.1.67](https://doi.org/10.1037/0033-3204.30.1.67)
- Overholser, J. C. (1993). Elements of the socratic method: II. Inductive Reasoning. *Psychotherapy*, 30, 75-85. [doi:10.1037/0033-3204.30.1.75](https://doi.org/10.1037/0033-3204.30.1.75)
- Overholser, J. C. (1994). Elements of the socratic method: III. Universal definitions. *Psychotherapy*, 31, 286-292. [doi:10.1037/h0090222](https://doi.org/10.1037/h0090222)
- Overholser, J. C. (1995). Elements of the socratic method: IV. Disavowal of knowledge. *Psychotherapy*, 32, 283-292. [doi:10.1037/0033-3204.32.2.283](https://doi.org/10.1037/0033-3204.32.2.283)

- Overholser, J. C. (1996). Elements of the socratic method: V. Self-improvement. *Psychotherapy*, 33, 549-559. [doi:10.1037/0033-3204.33.4.549](https://doi.org/10.1037/0033-3204.33.4.549)
- Overholser, J. C. (1999). Elements of the socratic method: VI. Promoting virtue in everyday life. *Psychotherapy*, 36, 137-145. [doi: 10.1037/h0087815](https://doi.org/10.1037/h0087815)
- Padesky, C. A. & Greenberg, D. (1995). *Clinician's Guide to Mind Over Mood*. Nueva York: Guilford Press.
- Padesky, C. A. (1993, September). Socratic questioning: Changing minds or guiding discovery. In *A keynote address delivered at the European Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, London* (Vol. 24).
- Persons, J.B. (1995). Why practicing psychologists are slow to adopt empirically validated treatments. En S.C. Hayes, V.M. Follette, R.M. Dawes y K.E. Grady (eds.). *Scientific standards of psychological practice. Issues and recommendations*. Reno, Nevada: Context Press.
- Poppen, R. L. (1989). Some Clinical Implications of Rule-Governed Behavior. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 325-357). Nueva York: Plenum Press.
- Rakovshik, S. G., & McManus, F. (2010). Establishing evidence-based training in cognitive behavioral therapy: A review of current empirical findings and theoretical guidance. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 496–516. [doi:10.1016/j.cpr.2010.03.004](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.004)
- Safran, J. D., Abreu, I., Ogilvie, J., & De Maria, A. (2011). Does psychotherapy research influence the clinical practice of researcher–clinicians? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(4), 357-371. [doi:10.1111/j.1468-2850.2011.01267.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01267.x)
- Strunk, D. R. & DeRubeis, R. J. (2001). Cognitive therapy for depression: A review of its efficacy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15, 289-297. [doi:10.1007/0-306-48581-8_47](https://doi.org/10.1007/0-306-48581-8_47)

- Whisman, M. A. (1993). Mediators and moderators of change in cognitive therapy of depression. *Psychological Bulletin*, 114, 248-265. [doi:10.1037/0033-2909.114.2.248](https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.2.248)
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA, U.S.: Stanford University Press.

CAPÍTULO 6

ESTUDIO EMPÍRICO II *¿Qué estrategias emplean los terapeutas en los debates de reestructuración cognitiva?* *Un análisis de la interacción verbal*

1. RESUMEN

La reestructuración cognitiva es uno de los procedimientos de más compleja aplicación y, sin embargo, las directrices sobre cómo aplicar el debate no suelen acompañarse de evidencia empírica. Hasta el momento, estudios de procesos han mostrado que el debate puede entenderse como un moldeamiento verbal y dicha actuación parece relacionarse con debates más efectivos. Adicionalmente a esta actuación, el análisis del papel de otras verbalizaciones que los terapeutas emiten en el debate puede ayudar a completar la comprensión de su funcionamiento y de las estrategias que caracterizan los debates eficaces. En este estudio se analizaron

secuencias de interacción verbal específicas empleando metodología observacional. La muestra estaba compuesta por 113 fragmentos de debate pertenecientes a 18 casos clínicos, tratados por terapeutas conductuales con diferente nivel de experiencia. Entre otros hallazgos, se encontró que acompañar el cuestionamiento de ciertas verbalizaciones previas dirigía mejor la respuesta del cliente o que los debates exitosos se caracterizaban por emplear el componente aversivo de manera frecuente y contingente. Este estudio aporta una visión muy detallada sobre cómo funciona la conducta verbal del terapeuta y cliente en el debate y cuál es la manera más efectiva de establecer dicha interacción, lo que conlleva aplicaciones prácticas relevantes en terapia.

Palabras clave: debate, reestructuración cognitiva, conducta verbal, análisis de conducta, efectividad.

2. ABSTRACT

Cognitive restructuring is one of the most complex application procedures. However, the guidelines on how to apply the debate do not usually have empirical evidence. So far, process studies have shown that the debate could be understood as a verbal shaping and this procedure seems to be related to debates that are more effective. In addition to this procedure, the analysis of the role of other verbalizations that therapists emit during the debate could help better understand the functioning and the strategies of effective debates. Specific verbal interaction sequences were studied using observational methodology. The sample consisted of 113 disputing fragments belonging to 18 clinical cases, treated by behavioral therapists with different levels of experience. Among other findings, it was found that using questioning together with certain previous verbalizations directed better the client's response and those successful debates were characterized by using the aversive component in a frequent and contingent way. This study provides a very detailed view of how the verbal behavior of the therapist and client works in the debate. Furthermore, it shows the most

effective way to establish such interaction, which entails relevant practical applications in therapy.

Keywords: debate, cognitive restructuring, verbal behavior, behavior analysis, effectivity.

3. INTRODUCCIÓN

La reestructuración cognitiva ha sido descrita como una técnica de intervención psicológica que incluye un conjunto de procedimientos o componentes dirigidos a enseñar al cliente a evaluar, identificar y modificar sus pensamientos desadaptativos y a sustituirlos por otros más ajustados, reduciendo así el malestar que éstos le causaban (Bados y García, 2010; Clark, 2013). De todas las técnicas de intervención psicológica, la reestructuración cognitiva es una de las más empleadas por los terapeutas en su práctica clínica. Forma parte de las denominadas “terapias cognitivas” (Mahoney y Arnkoff, 1978) y suele encuadrarse en el enfoque cognitivo-conductual, sin embargo, es ampliamente usada por los psicólogos de distintas orientaciones, tal y como mostraba el trabajo realizado por la APA (2003) que examinó las principales actividades que los psicólogos realizaban en consulta. En dicho estudio, se encontró que la gran mayoría de psicólogos, de los cuáles sólo un pequeño porcentaje se denominaba como cognitivo conductuales, se dedicaba a identificar y desafiar pensamientos del cliente y a poner en relación pensamientos y emociones. En la misma línea, en un estudio de encuesta reciente sobre el uso de la reestructuración cognitiva en España (Pardo y Calero, 2017), también se encontró que la técnica de reestructuración cognitiva es un procedimiento ampliamente usado en terapia, tanto por la frecuencia con la que se emplea en los casos clínicos, como por la variedad de psicólogos de distintas orientaciones, formación y experiencia que la utilizan. Se halló en este estudio que, además de terapeutas cognitivo-conductuales, aquellos que se definían como terapeutas conductuales, de tercera generación, así como humanistas, eclécticos, sistémicos o psicoanalistas también la aplicaban. Por su

parte, Carey y Mullan, ya en 2004, mostraron cómo este método había sido descrito para su aplicación en muy diversas terapias, desde la psicología positiva o el psicoanálisis a contextos de supervisión clínica o en psicología del deporte. No obstante, el modo en que se emplea la reestructuración, indudablemente, varía de unos enfoques a otros y, muy probablemente, cómo se use sea lo que marque la diferencia. En el estudio de Lange y Woudenberg (1994) se examinaron las grabaciones de sesiones de terapia psicológica de terapeutas psicodinámicos y de terapeutas conductuales. Las principales diferencias se encontraron en que los terapeutas de conducta enfatizaban las consecuencias del comportamiento, instruían pautas y evaluaban, mientras que los terapeutas psicoanalíticos enfatizaban la reformulación utilizando interpretaciones psicoanalíticas.

A pesar de su amplio uso, la reestructuración cognitiva carece de claridad con respecto los procedimientos que la componen, a su aplicación o a los mecanismos terapéuticos que la explican (Carey y Mullan, 2004; Clark y Egan, 2015). En lo que respecta a sus componentes, el debate socrático es uno de los más relevantes; en el contexto clínico, es considerado por algunos autores el elemento esencial de la reestructuración cognitiva e incluso de las intervenciones cognitivo-conductuales (Beck, 1995; Overholser, 1991; Padesky, 1993). Consiste en un procedimiento de cuestionamiento verbal por parte del terapeuta de ciertas verbalizaciones desadaptativas del cliente. En cuanto a la forma en la que realizar dicho cuestionamiento, lo cierto es que no es un procedimiento o técnica tan pautada como otras técnicas de terapia, aunque sí hay diferentes propuestas de varios autores sobre el tipo de preguntas que hay que formular y de qué manera o con qué estilo ha de hacerse. Probablemente el enfoque de Beck sea el más seguido y, con respecto a las preguntas a realizar, el autor planteó que, aunque se pueden hacer muchas, existen tres categorías principales sobre las que cuestionar: evidencia, gravedad y utilidad (O'Donohue y Fisher, 2012). En este sentido, el estudio de encuesta mencionado sobre la aplicación de la reestructuración cognitiva por psicólogos del ámbito

mostraba que más de la mitad de los profesionales encuestados empleaban de manera muy frecuente dichas preguntas (Pardo y Calero, 2017). Además de Beck, algunos autores relevantes en el área plantean que las preguntas del debate son absolutamente centrales y suelen emplearse para clarificar significados, elicitare emociones y consecuencias, así como para explorar alternativas de acción (Padesky, 1993; Carey and Mullan, 2004). Burns, por su parte, plantea la técnica de la flecha descendente a la hora de realizar preguntas, en las que las mismas se centrarían en explorar las consecuencias o implicaciones que tiene sostener esos pensamientos (Burns, 1980).

Lo cierto es que la popularidad de las directrices planteadas por los principales autores en reestructuración cognitiva y el uso de este tipo de preguntas en el cuestionamiento socrático, no va acompañada ni de una argumentación teórica sólida, ni de evidencia empírica que respalde que la aplicación de unas preguntas o estrategias específicas en el cuestionamiento socrático se asocie a unos mejores resultados o a debates más exitosos. Es más, ni siquiera la propia evidencia sobre la eficacia del debate es contundente. Por una parte, existen investigaciones sobre la eficacia de la reestructuración cognitiva como técnica, que avalan la eficacia de la misma para diferentes problemáticas (Carpenter et al., 2018; DeRubeis et al., 2005; Ladouceur et al., 2001), sin embargo, estas investigaciones suelen realizarse sobre “paquetes de tratamiento” dentro de los cuáles la reestructuración cognitiva sería una de las técnicas y el debate uno de los componentes, de manera que no se estudian los efectos de la técnica de manera aislada. Atendiendo al estudio de eficacia sobre el cuestionamiento socrático en particular, apenas existen investigaciones tan específicas, aunque comienza a tener alguna evidencia. Hasta el momento existen dos estudios que respaldan la importancia y beneficios del uso del método socrático en los resultados del tratamiento (Braun, Strunk, Sasso y Cooper, 2015; Farmer, Mitchell, Parker-Guilbert y Galovski, 2017). Igualmente, estos estudios no aportan explicaciones sobre aspectos específicos del proceso de cambio, como cuáles son los mecanismos que funcionan o por qué algunos componentes funcionan para unas

personas y no para otras; es el estudio de procesos el que puede acercarnos a la comprensión de dichas cuestiones.

De forma sintética, los estudios sobre los moderadores, ingredientes activos y mediadores del cambio en reestructuración cognitiva señalan que el uso del cuestionamiento socrático (Braun et al., 2015) y el seguimiento o adhesión por parte del terapeuta al método cognitivo (Strunk, Cooper, Ryan, DeRubeis, y Hollon, 2012) son variables relacionadas con el éxito, de la misma forma que los componentes “conductuales” son una parte elemental en el tratamiento con reestructuración cognitiva (Dimidjian et al., 2006; Sasso, Strunk, Braun, DeRubeis y Brotman, 2015). Aunque algunas de estas investigaciones suponen una aportación relativa a la clarificación de los procesos de cambio en reestructuración cognitiva, tal y como plantea Kazdin (2007), prácticamente cualquier cosa puede considerarse un moderador del cambio clínico, si no existe un “filtro” teórico desde el que dirigir su estudio.

En este campo de investigaciones de procesos que tratan explicar el funcionamiento de la reestructuración cognitiva desde una dirección teórica firme, destaca una línea de investigaciones que, desde la perspectiva de las autoras, sí comenzó a dar respuestas más precisas sobre el funcionamiento de la reestructuración cognitiva. Se trata de una línea de estudios, centrada en el análisis de la interacción verbal entre terapeuta y cliente en el contexto clínico, desde el paradigma conductual que, basándose en metodología observacional, realizan una aproximación científica a la explicación sobre por qué ocurre el cambio clínico en terapia (véase: Froján, Montaña y Calero, 2010; Froján, Montaña, Calero y Ruiz, 2011; entre otros). Estas investigaciones son el punto de partida del presente estudio y los principios teóricos y metodológicos de dichas investigaciones son compartidos y sustentan la presente investigación, algunos de los fundamentales son: (1) el paradigma conductual, sustentado en unos potentes pilares filosóficos y teóricos, así como en una robusta experimentación, puede explicar el funcionamiento de técnicas como la

reestructuración cognitiva, a través del estudio del lenguaje, suponiendo una alternativa que supera las explicaciones tautológicas y conceptualizaciones dualistas del modelo cognitivo tradicional (Froján, Calero, Pardo y Núñez, 2018); (2) el pensamiento o lo cognitivo, objeto de modificación y acto fundamental del debate socrático es lenguaje y puede explicarse en base a principios de aprendizaje operante y clásico; es conducta y se rige por una serie de principios de aprendizaje al igual que la conducta manifiesta; (3) los pensamientos no son las causas del problema del cliente, en cada caso, los pensamientos desadaptativos desempeñarán una función concreta que el psicólogo deberá identificar en el análisis funcional; (4) las técnicas cognitivas tampoco implican ningún principio de aprendizaje diferente, por lo que el estudio de dichas técnicas debería llevarse a cabo mediante el análisis de dichos principios de aprendizaje.

De esta línea de trabajo, un estudio sobre el análisis funcional de la interacción verbal en la técnica de reestructuración cognitiva arrojó, como una de las principales conclusiones, que el debate se podía entender como un procedimiento de moldeamiento verbal, a través del cual el terapeuta, a través del reforzamiento verbal diferencial de las verbalizaciones del cliente que se aproximan al objetivo terapéutico y la extinción o castigo de aquellas que se van alejando del mismo, consigue dirigir al cliente a verbalizaciones más adaptativas (Calero, Froján, Ruiz y Alpañés, 2013). En el citado estudio se identificaron cadenas conductuales de tres términos (E-R-E), en las que el terapeuta discrimina una respuesta en el cliente que, en función de su aproximación, a continuación, castiga o refuerza. Además, se analizaron otras verbalizaciones del terapeuta antecedentes a las respuestas del cliente y se encontró que, cuando en los debates más exitosos, el terapeuta hacía preguntas precedidas por cierta preparación (información o motivación), las verbalizaciones del cliente se aproximaban al objetivo perseguido; esta secuencia no se daba en debates menos exitosos. En investigaciones recientes de esta línea (Froján et al., 2018), se han ido

sumando explicaciones y evidencia sobre los mecanismos que explican el cambio en el debate: por una parte, además de procesos de moldeamiento verbal, los procesos de encadenamiento parecen estar también involucrados en el debate; por otra parte, se ha mencionado la necesidad de atender y explicar las verbalizaciones del terapeuta con esa posible función informativa que anteceden a las preguntas en el cuestionamiento socrático ya que, posiblemente, desempeñarán un papel fundamental en el cambio de verbalizaciones; y también se ha señalado que los procesos pavlovianos han de tenerse en cuenta en la explicación del cambio en el debate socrático. Por último, se ha hecho énfasis de cara a líneas de investigación futuras, en dirigir el estudio de procesos en esta técnica a los contenidos específicos de las preguntas y argumentos utilizados durante el debate, especialmente en aquellos debates exitosos, con el objetivo de conocer si existe una secuencia de preguntas, una estructura o una forma de cuestionar más eficaz (Calero, 2009).

Los hallazgos hasta el momento han supuesto un avance en la comprensión de este fenómeno, además de aportar una de las primeras guías con evidencia empírica sobre cómo aplicar ciertos aspectos del debate. No obstante, aún quedan muchos aspectos por resolver o comprender acerca del funcionamiento del debate, pues éste posee ciertas características que presumiblemente tendrán un papel o sentido en el cambio clínico y que quizá no hayan quedado explicados de forma completa desde la conceptualización del mismo como un proceso de moldeamiento y de encadenamiento verbal. Estas características serían: un tipo de preguntas que han de realizarse y su secuenciación (evidencia, lógica, gravedad y utilidad); argumentos para persuadir al cliente basados en la lógica, en el uso de analogías y metáforas; el empleo de explicaciones, de la ironía, etc.; ¿Qué papel y función tienen las preguntas dirigidas a cuestionar la lógica? ¿Por qué la mayor parte de los clínicos, independientemente de que tengan un enfoque cognitivo, tienden a emplearlas? ¿Por qué se emplean analogías? ¿Qué papel desempeña el uso de la ironía? ¿Qué tipo de verbalizaciones concretas preceden a las preguntas en el debate para discriminar

mejores respuestas en el cliente? ¿Hay componentes o estrategias más efectivos que otros? Teniendo en cuenta estas cuestiones, el objetivo general de este estudio es analizar la interacción verbal entre terapeuta y cliente durante el debate y su relación con la efectividad de los debates, analizando el papel que determinadas estrategias del terapeuta antecedentes tienen en la generación de verbalizaciones más adaptativas por parte del cliente. También se plantea como objetivo contrastar si algunas de las propuestas planteadas por autores clásicos con respecto a las preguntas que se emplean para cuestionar se corresponde con una mayor efectividad.

Específicamente, se plantea, en primer lugar, conocer características generales de la frecuencia de emisión de verbalizaciones de terapeuta y cliente durante el debate mediante un estudio exploratorio. En segundo lugar, se plantean hipótesis específicas sobre el uso de estrategias del terapeuta y la respuesta del cliente:

Hipótesis 1. Sobre la manera de cuestionar:

- a. La forma en la que el terapeuta cuestiona evoluciona a lo largo del debate. Será más probable encontrar preguntas que evalúan la lógica y la evidencia (cuestionar validez) al inicio del debate y en la segunda parte de este; y será más probable encontrar preguntas del terapeuta dirigidas a evaluar la gravedad y/o la utilidad (cuestionar gravedad y cuestionar utilidad) en la tercera parte de los debates.
- b. No se encontrará relación entre seguir este orden a la hora de secuenciar las preguntas dirigidas a cuestionar y la efectividad del debate.
- c. Las preguntas dirigidas a cuestionar cuando vayan precedidas de otras verbalizaciones como explicaciones, motivadoras y analogías, discriminarán respuestas de aproximación del cliente (VAT) y no opuestas (VOT) o intermedias (VIT) a diferencia de cuando se emplea el cuestionamiento sin dichas verbalizaciones.

Hipótesis 2. Sobre el uso del componente aversivo por parte del terapeuta:

- a. Aparecerá con mayor frecuencia en debates de éxito total.
- b. En los debates exitosos el terapeuta empleará el componente aversivo de forma contingente a VOT del cliente.
- c. Cuando una verbalización del terapeuta (cuestionar, explicar, usar analogía, motivar) se acompañe del componente aversivo, con una probabilidad mayor a la esperada por azar, las respuestas que discriminará en el cliente serán de aproximación y no intermedias u opuestas, a diferencia de si el terapeuta emplea dichas verbalizaciones sin componente aversivo.

Hipótesis 3: Sobre las diferentes formas de explicar: será más probable que el cliente emita verbalizaciones de aproximación (VAT) tras explicaciones técnicas del terapeuta y no VOT o VIT, a diferencia de las respuestas que seguirán a las explicaciones no técnicas.

Hipótesis 4. Sobre instruir normas de razonamiento: las verbalizaciones motivadoras y las normas de razonamiento tenderán a darse de forma conjunta en los debates de éxito total y dicha secuenciación hará que se discriminen respuestas en el cliente de aproximación y no opuestas o intermedias.

4. MÉTODO

Participantes

Se analizaron las grabaciones de 113 fragmentos de debate en la aplicación de la reestructuración cognitiva en 18 casos clínicos completos. Los terapeutas, psicólogos sanitarios habilitados con diferente nivel de experiencia, eran de orientación conductual y desarrollaban su labor clínica en el *Instituto Terapéutico de Madrid*, Centro Sanitario de Psicología de la Comunidad de Madrid. Las personas que demandaron ayuda psicológica eran adultas y recibieron tratamiento psicológico individual. En la tabla 6.1 se indican las principales características de la muestra.

Tabla 6.1

Características de la muestra

Características del fragmento de debate		Características del terapeuta			Características del cliente		
Caso	Fragmento y duración	T	S	Ex.	S	Edad	Tipo de problema
1	11 (30m 21s)	1	M	16	M	32	Problemas de pareja
2	8 (29m 2s)	1	M	15	M	30	Bajo estado de ánimo
3	12 (1h 26m 15s)	1	M	14	M	29	Bajo estado de ánimo
4	3 (1h 16m 2s)	1	M	15	M	30	Problemas de pareja
5	8 (24m 52s)	2	M	6	H	34	Hipocondría
6	1 (5m 57s)	2	M	6	M	18	Alimentación
7	8 (25m 49s)	2	M	9	M	35	Problemas de pareja
8	3 (20m 25s)	2	M	8	H	37	Problemas laborales
9	2 (9m 11s)	2	M	8	M	16	Bajo estado de ánimo
10	3 (19m 29s)	3	H	6	H	36	Hipocondría
11	3 (12m 13s)	4	M	1	H	19	Habilidades sociales
12	5 (17m 10s)	5	M	1	M	37	Imagen corporal.
13	18 (1h54m9s)	6	M	1	M	22	Problema de celos
14	12 (1h 9m 40s)	7	M	1	M	24	Problemas de relación
15	1 (2m 42s)	8	M	2	M	36	Problemas afectivos
16	5 (40m 14s)	9	M	1	M	32	Bajo estado de ánimo
17	6 (19m 41s)	10	M	1	M	28	Problemas laborales
18	3 (28m 36s)	11	M	1	M	21	Bajo estado de ánimo
Total	10h 6m 39s	11	M (10) H (1)	E (4) I (8)	M (14) H (4)		

Ex. = Experiencia (en años); S= sexo; T= terapeuta.

Antes de proceder a la grabación de las sesiones, se obtuvo el consentimiento informado escrito de todos los participantes para la colaboración en este estudio, habiendo sido aprobado este procedimiento por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid. Una vez obtenido el consentimiento, se

seleccionaron aquellos casos en los que se emplearan la técnica de reestructuración cognitiva y posteriormente, se identificaron cuáles eran los fragmentos de debate, siguiendo la *Guía para la identificación de la técnica de reestructuración y la clasificación de sus procedimientos terapéuticos*, desarrollado por Calero (2009). Esta guía puede consultarse en el Anexo C. Después se seleccionó un número de fragmentos similar en terapeutas expertos y en terapeutas inexpertos, para que la muestra del estudio fuera lo más equilibrada posible con respecto a esa variable, de cara a garantizar unas conclusiones más fiables.

Materiales

Variables e instrumentos

a) Variables referidas al terapeuta:

- Conducta verbal del terapeuta: verbalizaciones del terapeuta durante los fragmentos de debate categorizadas según el *Sistema de Categorización de las Estrategias de Debate en Reestructuración cognitiva* (SISC- EDR), desarrollado *ad hoc* para este estudio. Las categorías se pueden revisar con detalle en el Anexo D, son las siguientes:
 - Explorar (indicando o sin indicar).
 - Cuestionar: validez, gravedad o utilidad (indicando o sin indicar).
 - Explicar: de forma técnica o no técnica.
 - Motivar.
 - Usar analogía: contexto propio o ajeno.
 - Instruir normas de razonamiento.
 - Dar verbalización meta.

Todas estas categorías a su vez se pueden clasificar en carácter aversivo o no aversivo (categoría no excluyente de todas las anteriores).

En la tabla 6.2 se puede consultar una breve definición de las categorías mencionadas.

Tabla 6.2

Categorías del SISC-EDR

Categoría	Definición
Explorar	Preguntas y solicitudes de información que evalúan aspectos desconocidos. Ejemplo: <i>¿Qué es para ti el amor?</i>
Cuestionar	<p>Preguntas y solicitudes de información en las que el terapeuta pone en duda o discute planteamiento del cliente, no con el objetivo de conocer información (ya se conoce o es obvia) sino de hacer dudar al cliente de ello.</p> <hr/> <p><u>Validez.</u> Preguntas dirigidas a rebatir la lógica o la evidencia. Ejemplo: <i>¿En qué te basas para pensar eso?</i></p> <hr/> <p><u>Gravedad.</u> Preguntas dirigidas a poner en duda el impacto de las consecuencias. Ejemplo: <i>¿Serían tan terribles las consecuencias?</i></p> <hr/> <p><u>Utilidad.</u> Preguntas dirigidas a poner en duda la utilidad de la descripción de contingencias descrita por el cliente. Ejemplo: <i>Siendo así, ¿qué consigues pensándolo?</i></p>
Las categorías cuestionar y explorar pueden ser, a su vez:	
<ul style="list-style-type: none"> • Indicando la dirección de la respuesta. Ejemplo: <i>¿No crees que según lo que hemos dicho eso sería políticamente correcto?</i> • Sin indicar la dirección de la respuesta. Ejemplo: <i>¿Es políticamente correcto?</i> 	
Explicar	<p>Verbalizaciones del terapeuta en las que explica, informa o argumenta un planteamiento.</p> <hr/> <p><u>De forma técnica:</u> explicaciones funcionales, explicaciones sobre cómo funciona la ansiedad, las preocupaciones, las habilidades sociales, etc. Ejemplo: <i>Cada uno tenemos una perspectiva de cómo actúan los demás pero esa perspectiva a veces está sesgada... piensas eso porque has vivido situaciones muy desagradables con él y cada vez que te dice algo, aparecen esas emociones de malestar.</i></p> <hr/> <p><u>De forma no técnica:</u> el terapeuta plantea otra explicación posible a la situación o da información sobre algún aspecto. Ejemplo: <i>A lo mejor lo hace porque no le apetece quedarse en casa solo, no porque quiera encontrar a otra persona.</i></p>
Motivar	Verbalizaciones del terapeuta que explicitan las consecuencias que la conducta del cliente (mencionada o no esta conducta y/o la situación en

	que se produce) tendrá, está teniendo, ha tenido o podrían tener (situaciones hipotéticas) sobre el cambio clínico. Ejemplo: <i>En el momento en el que empieces a no anticipar que los demás pueden pensar algo malo de ti, empezarás a ser feliz.</i>
Usar analogía	Exposición de supuestos y metáforas, en los que se realiza una comparación entre situaciones, conductas o consecuencias, reales o hipotéticas, con características semejantes al elemento con el que se quiere contrastar. <u>Contexto propio.</u> Ejemplo: <i>Imagínate que a tu pareja le resulta espantoso que cada vez que él sale tú te quedes en casa y cada vez que eso ocurre se indigna y se enfada muchísimo, lo que provoca un conflicto importante, ¿cómo te sentirías tú después de varios años viviendo esa situación? ¿Qué le dirías?</i> <u>Contexto ajeno.</u> Ejemplo: <i>Intentar hacer cambiar así a esa persona es como poner un muro en medio del océano. Por mucho esfuerzo que te lleve construirlo siempre será derribado y no habrá servido de nada.</i>
Instruir normas de razonamiento	Verbalizaciones (en forma de regla o instrucción) dirigidas a instruir al cliente cómo debe o no debe razonar. Ejemplo: <i>Esos dos planteamientos son excluyentes, tienes que buscar pensamientos alternativos.</i>
Dar verbalización meta	El terapeuta emite directamente la verbalización que quiere que el cliente llegue verbalizar y lo hace de forma explícita. Encabeza la verbalización meta de forma clara: “ <i>Sería mejor decir...</i> ”, “ <i>lo que deberías pensar en esos casos es...</i> ”, “ <i>¿No crees que tiene más sentido pensar...?</i> ”, “ <i>Yo pensaría...</i> ”
Modificador	Definición
Carácter aversivo	Cuando la forma y contenido de las verbalizaciones del terapeuta pueda funcionar como estímulos condicionados aversivos. Por lo general, estrategias en las que se use la <i>ironía</i> o el <i>sarcasmo</i> , también <i>ejemplos extremos</i> (no ajustados a la situación del cliente) o absurdos. Ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> - Cliente: <i>Ya pero yo aguanto mucho, soy capaz de aguantar situaciones de frustración muy altas.</i> - Psicólogo: <i>Sí, eso te lo puede decir también una persona <u>maltratada</u>, una persona a la que utilizan para robar en la calle, de la que <u>abusan</u>...</i>

b) Variables referidas al cliente:

- Conducta verbal del cliente: verbalizaciones del cliente durante los fragmentos de debate que se recogen en el *Sistema de Categorización de la*

Conducta Verbal del cliente en función del Cumplimiento de Objetivos

Terapéuticos: SISC-COT, desarrollado en Calero et al. (2013) y que se puede consultar en el Anexo E.

- Verbalizaciones de Aproximación al objetivo Terapéutico del debate (VAT)
- Verbalizaciones Opuestas al objetivo Terapéutico del debate (VOT)
- Verbalizaciones Intermedias con respecto al objetivo Terapéutico del debate (VIT)

c) Variables referidas a los debates:

- Efectividad de los debates según la escala de apreciación EVED- RC, desarrollado en Calero et al. (2013), puede consultarse en el Anexo F de este manuscrito. El sistema categoriza cada debate en una escala de efectividad según tres niveles:
 - Éxito total
 - Éxito parcial
 - Fracaso

Los instrumentos empleados en este estudio fueron los siguientes:

- *Sistema de Categorización de las Estrategias de Debate en Reestructuración cognitiva* (SISC- EDR).
- *Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del cliente en función del Cumplimiento de Objetivos Terapéuticos* (SISC-COT)
- *Escala de Valoración de la Efectividad del Debate en la reestructuración cognitiva* (EVED).
- El software *The Observer XT* (Noldus ®), versión 12.5, para la observación y codificación de las sesiones, así como para el cálculo de los porcentajes de acuerdo y de los índices de fiabilidad inter e intra-juez.

- El programa *Generalized Sequential Querier* (GSEQ®), versión 5.1 (Bakeman y Quera, 1994) para la realización del análisis secuencial de los datos registrados.
- El programa *SPSS Statistics* (IBM®) versión 22, para los demás análisis estadísticos de los datos.

Procedimiento

1. Elaboración del sistema de categorías del terapeuta y entrenamiento en el mismo

Se comenzó con una revisión bibliográfica sobre el debate en reestructuración cognitiva y las estrategias comúnmente empleadas en el mismo. El presente estudio partía de un trabajo con la misma metodología y temática: el análisis de la interacción verbal durante el debate en reestructuración cognitiva; de forma que se partió del sistema de categorías elaborado en dicha investigación (Calero, Froján y Montaña, 2011; Calero et al., 2013; Calero, Froján, Ruiz y Vargas, 2011), y a partir del mismo, se profundizó en algunas categorías no exploradas hasta entonces para tratar de responder a nuevas hipótesis.

Se realizaron observaciones y transcripciones de fragmentos de debate de terapeutas expertos e inexpertos, por parte de 3 observadores diferentes: el observador 1, psicólogo con experiencia clínica en análisis de la conducta verbal en terapia; y los observadores 2 y 3: graduados en psicología y con formación clínica. Periódicamente, los tres observadores se reunían con un cuarto experto en clínica, análisis de la conducta verbal y en reestructuración cognitiva para analizar y depurar las definiciones y categorías propuestas.

Se trabajó en la definición de las categorías hasta elaborar un sistema de categorías preliminar, en este momento, el observador 2 comenzó a categorizar también los fragmentos de debate que el terapeuta 1 había registrado y se fueron calculando los porcentajes de acuerdo y el coeficiente Kappa de Cohen de los

fragmentos. En reuniones periódicas, se discutían los desacuerdos y dudas entre observadores con el investigador experto. Este procedimiento entre observadores, también se siguió para el cálculo del acuerdo intra-observador (observador 1). Fruto de estos ajustes se elaboró la guía de acuerdos SISC-EDR, que permitió continuar la depuración del sistema hasta su versión definitiva, una vez se llegó a unos niveles de acuerdo y coeficiente Kappa de Cohen adecuados, situados entre: 0,53 y 0,92 en el caso de la fiabilidad inter-observadores y entre 0,60 y 0,92 en el caso de la fiabilidad intra-observador.

2. Entrenamiento y fiabilidad en los sistemas de categorías del cliente y efectividad de los debates.

Para el análisis de la conducta del cliente y de la efectividad de los debates no fue necesario elaborar sistemas de categorías, pues se emplearon sistemas de categorización ya existentes. En su lugar, se procedió al entrenamiento, por parte de los observadores 1 y 2 en dichos sistemas: *Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del cliente en función del Cumplimiento de Objetivos Terapéuticos* (SISC-COT), que posee un nivel de fiabilidad inter-observador entre 0,51 y 0,79 e intraobservador entre 0,72 y 1,00 (Calero et al., 2013); y, por su parte, la *Escala de Valoración de la Efectividad del Debate en la reestructuración cognitiva* (EVED), que posee un nivel coeficiente de concordancia interobservador de 0,95, $p=0,003$ e intraobservador de 1,00 (Calero et al., 2013).

Los observadores 1 y 2 se entrenaron en el uso de estos sistemas de clasificación hasta conseguir, en el SISC-COT, al menos 10 sesiones consecutivas con un coeficiente Kappa de Cohen de 0,60 como mínimo que es el valor mínimo para considerar un acuerdo bueno según Bakeman (2000) y Landis y Koch (1977) y en el EVED un coeficiente de concordancia que no fuese inferior a 0,80 en al menos 6 registros consecutivos. Se tomó como criterio este valor dado que los valores del CCI

pueden oscilar entre 0 y 1 y son considerados óptimos aquellos que superan 0,80 (Quera, 1997).

3. Registro de la muestra

Una vez garantizados unos niveles de fiabilidad adecuados para todos los sistemas de categorías, se procedió al registro de la muestra. Para el registro de la conducta verbal del terapeuta y del cliente durante los debates se unieron los sistemas SISC-EDR y SISC-COT. Se sometió al análisis de la fiabilidad a más del 10% de la muestra total del estudio y se mantuvieron los registros siempre que el nivel de fiabilidad calculada con Kappa de Cohen alcanzado no fuera inferior a 0,60. En la tabla 6.3 se especifican los valores del estudio de fiabilidad inter e intraobservador de los sistemas de categoría de terapeuta (SISC-EDR) y de cliente (SISC-COT) en el registro de la muestra.

Tabla 6.3

Porcentaje de acuerdo e índice de fiabilidad inter e intra-observador de la muestra en los sistemas: SISC-EDR (terapeuta) y SISC-COT (cliente)

Observación	Fiabilidad Inter-observador			Fiabilidad Intra-observador		
	Fragmento	PA (%)	K	Fragmento	PA (%)	K
1	1 S.6 (52s)	85,18	0,84	2 S. 6 (2m 37s)	81,25	0,79
2	2 S. 8 (4m 36s)	88,89	0,88	2 S. 9 (1m 3s)	90	0,89
3	3 S.7 (6m 56s)	64,28	0,60	4 S. 15 (5m 2s)	71,43	0,70
4	5 S.5 (1m 8s)	84,21	0,83	1 S. 6 (6m 48s)	76,61	0,74
5	6 S.5 (5m 57s)	74,32	0,72	7 S. 7 (9m 10s)	88,89	0,88
6	8 S.6 (7m 23s)	64,81	0,62	9 S. 4 (7m 15s)	82,67	0,80
7	12 S.4 (2m 28s)	80,43	0,79	13 S.7 (5m 24s)	70,11	0,67
8	13 S.6 (3m 37s)	80,36	0,78	13 S.11 (3m 16s)	82,54	0,80
9	14 S.5 (6m 28s)	64,63	0,61	15 S. 8 (2m 42s)	90,63	0,90
10	14 S.10 (5m 21s)	85,19	0,84	17 S. 8 (3m 17s)	76,59	0,75
11	17 S.7 (5m 3s)	70,13	0,67	12 S. 5 (2m 33s)	84,21	0,83

S= sesión; Ob.= observador; K= Kappa de Cohen.

Nivel de significación en las comparaciones: $p= 0,00$

Una vez registrada la conducta verbal de terapeuta y cliente durante el debate, se procedió al registro de la efectividad de los debates mediante la escala de

apreciación EVED, sometiendo al análisis de la fiabilidad a más del 10% de la muestra total del estudio, tal y como se puede apreciar en la tabla 6.4.

Tabla 6.4

Fiabilidad de los debates medida a través de la escala de apreciación EVED-RC

Comparación	Comparaciones inter-observadores		Comparaciones intra-observador			
	Fragmento	Efectividad		Fragmento	Efectividad	
		Ob. 1	Ob.2		Ob. 1	Ob. 1
1	Caso 2 S.8 (4m 36s)	ET	ET	Caso 12 S.5 (2m 33s)	ET	ET
2	Caso 17 S.8 (5m 43s)	ET	ET	Caso 13 S.11 (11m 16s)	ET	ET
3	Caso 17 S.8 (3m 10s)	ET	ET	Caso 13 S.13 (8m 40s)	ET	ET
4	Caso 1 S.6 (47s)	ET	ET	Caso 16 S.7 (16m 37s)	ET	ET
5	Caso 11 S.6 (5m 14s)	EP	EP	Caso 14 S.5 (3m 04s)	EP	ET
6	Caso 13 S.9 (1m 25s)	ET	ET	Caso 14 S.5 (2m 02s)	EP	EP
7	Caso 12 S.4 (2m 28s)	ET	ET	Caso 17 S.8 (3m 10s)	ET	ET
8	Caso 15 S.8 (2m 42s)	ET	ET	Caso 13 S.10 (12m 10s)	F	F
9	Caso 14 S.13 (1m 06s)	ET	ET	Caso 7 S.6 (4m)	EP	EP
10	Caso 17 S.8 (3m 10s)	ET	ET	Caso 4 S.15 (5m 02s)	ET	ET
CCI = 1,00*				CCI = 0,947, F=18,78, p= <0,001		

CCI= Coeficiente de Correlación Interclase; Obs= Observador; ET= Éxito total; EP= Éxito parcial; F= Fracaso.

*Debido a que el determinante de la matriz de covarianzas es 0, SPSS no calcula el valor de la prueba F ni el valor crítico del estadístico (*p*).

4. Análisis de los datos

En último lugar, se procedió al análisis estadístico de los datos tanto con el programa IBM SPSS y con el GSEQ.

5. RESULTADOS

En primer lugar, se describen los resultados del análisis exploratorio global.

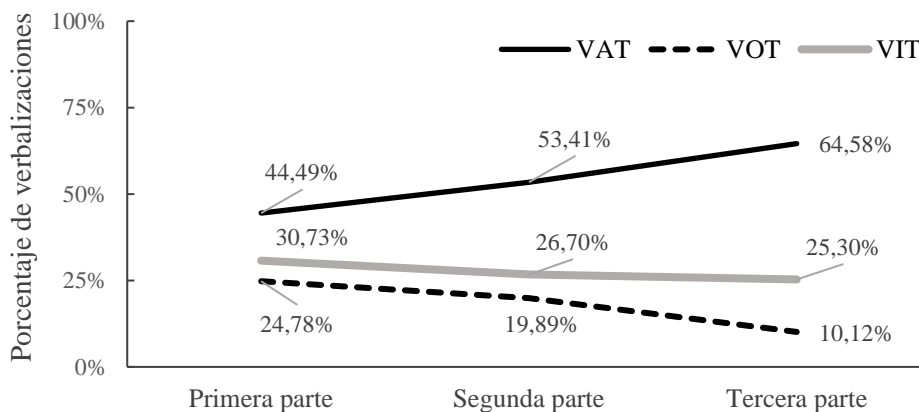
Comenzando por un nivel de descripción general, a lo largo del debate las verbalizaciones que emplea el terapeuta con una mayor frecuencia son las *explicaciones* (MD: 57,17, DT: 49,46), las estrategias dirigidas a *cuestionar* (MD: 36,00, DT: 60,49) y las dirigidas a *explorar* (MD: 13,50, DT: 13,26). Le siguen las estrategias *dar la verbalización meta* (MD: 4,94, DT: 4,46) y las *analogías* (MD:

4,33, DT: 5,90). En último lugar, con la menor frecuencia de uso, el terapeuta emplea estrategias dirigidas a *motivar* (MD: 3,56, DT: 3,50) y a *instruir normas de razonamiento* (MD: 1,50, DT: 1,92). En lo que se refiere al éxito de los debates, el 62,83% fueron debates de éxito total, el 24,78% debates de éxito parcial y el 12,39% debates de fracaso.

En lo que respecta a la conducta verbal del cliente, la división del debate en tres partes permite apreciar la evolución de las respuestas del cliente en relación a los objetivos del debate. Tal y como se aprecia en la Figura 1, las verbalizaciones de éste van cambiando a lo largo de los debates, disminuyen las verbalizaciones opuestas al objetivo de debate hacia el final de los mismos y aumentan aquellas verbalizaciones que se aproximan.

Figura 6.1

Verbalizaciones del cliente a lo largo de un debate



NOTA. En el eje vertical se muestra el porcentaje que ocupan cada una de las verbalizaciones del cliente de las tres categorías posibles: las que aproximan al objetivo de debate (VAT), aquellas intermedias (VIT) y las que son opuestas a dichos objetivos (VOT). En el eje horizontal, la emisión de las verbalizaciones a lo largo del curso de un debate.

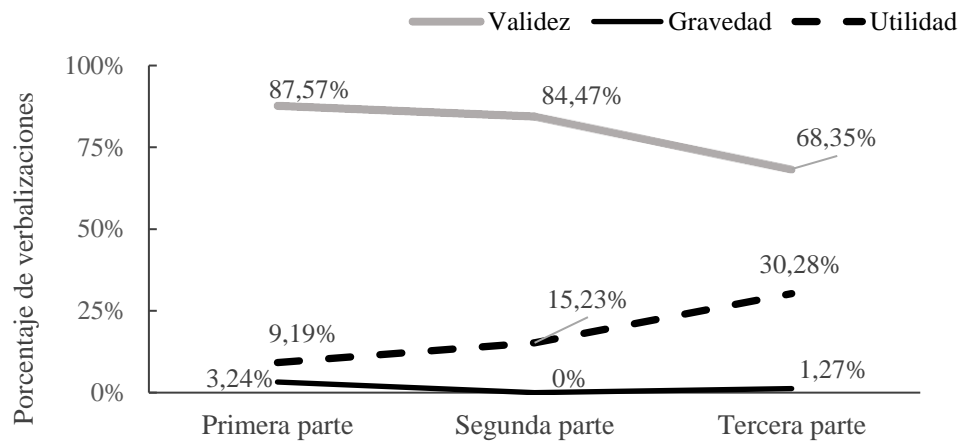
A continuación, se describen los resultados del contraste de las hipótesis planteadas:

- Sobre las diferentes formas de cuestionar (hipótesis 1)

Atendiendo a la hipótesis 1(a), al analizar de forma específica la evolución de las estrategias dirigidas a cuestionar en el curso de un debate se puede observar (figura 6.2) como cuestionar validez es la estrategia más empleada, a distancia de cuestionar la gravedad y la utilidad.

Figura 6.2

Forma de cuestionar a lo largo del debate



NOTA. En el eje vertical se muestra el porcentaje que corresponde, dentro de la categoría cuestionar, a cada una de las tres formas de cuestionar que emite en terapeuta. En el eje horizontal, la emisión de dichas verbalizaciones a lo largo de un debate.

También se observa cómo el uso de las diferentes maneras de cuestionar sufre algunas modificaciones a lo largo de los debates. El cuestionamiento de la validez de los planteamientos decrece hacia el final de los debates, momento en el que el terapeuta cuestiona, más que en las fases previas, la utilidad y la gravedad. Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas, según la prueba de *Friedman*, para verbalizaciones dirigidas a cuestionar la validez ($\chi^2=209,41, p=0,000$) y no para aquellas dirigidas a cuestionar la utilidad ($\chi^2=0,347, p=0,841$) o la gravedad ($\chi^2=1,727, p=0,422$). Para apreciar dónde se encontraron las diferencias se aplicó el estadístico de *Wilcoxon* y se encontró que, concretamente, las diferencias estaban

entre la primera y tercera parte del debate en cuestionar validez ($z = -3,743, p = 0,00$) y entre la segunda y la tercera parte ($z = 2,645, p = 0,008$). No había diferencias entre la primera y la segunda parte ($z = -1,92, p = 0,55$).

En lo que respecta a la hipótesis 1(b), teniendo en cuenta los resultados anteriores sobre el posible orden en las preguntas dirigidas a cuestionar, se creó una variable nominal (orden), en la que se clasificó que se seguía un orden siempre que la categoría *validez* apareciese en la primera o segunda parte, pero no en la tercera y, a su vez, *gravedad* y *utilidad* apareciesen en la segunda o tercera pero no en la primera. No se encontró relación entre seguir un orden en la secuenciación de preguntas y el éxito de los debates ($\chi^2 = 1,78, p = 0,411$).

La hipótesis 1 (c), referida al análisis de la interacción de las estrategias que preceden a verbalizaciones dirigidas a cuestionar por parte del terapeuta y el grado de aproximación de las respuestas del cliente, se encontró que el uso de analogías, explicaciones técnicas y verbalizaciones motivadoras cuando preceden a preguntas dirigidas a cuestionar, son seguidas de respuestas del cliente de aproximación y no intermedias u opuestas. En el caso de las explicaciones no técnicas que preceden a cuestionar, discriminan tanto respuestas de aproximación como intermedias. En el caso de las explicaciones técnicas previas a cuestionar, no sólo discriminan respuestas de aproximación, sino que, con una probabilidad mayor a la esperada por azar no discriminan verbalizaciones intermedias. Cuando las estrategias dirigidas a cuestionar no van precedidas por ninguna estas categorías, la respuesta del cliente que le puede seguir no varía según el grado de aproximación, puede discriminar tanto respuestas de aproximación, como opuestas o intermedias. En la Tabla 6.5 pueden consultarse los estadísticos que muestran estos resultados.

Tabla 6.5

Verbalizaciones que preceden a cuestionar y verbalizaciones que discriminan del cliente

	E. técnica	E. no técnica	Analogía	Motivar	N. Rz	V. meta	Cuestionar
	y Cuestionar						
VAT	R= 5,95** Q= 0,81	R= 9,29** Q=0,68	R= 4,98** Q= 0,85	R= 2,77** Q= —	R= 0,69 Q= —	R= 2,58** Q= 0,82	R=15,77** Q=0,62
VIT	R= 1,51* Q= -1,00	R= 2,07* Q= 0,24	R= -0,98 Q= -0,45	R= -0,70 Q= —	R= 1,46 Q= —	R= 0,38 Q= 0,21	R=3,21** Q=0,20
VOT	R= -2,15 Q= 0,35	R= 0,94 Q= 0,14	R= 0,31 Q=12	R= -0,56 Q= —	R= -0,46 Q= —	R= -0,73 Q= -1	R=10,95** Q=0,57

Q= Q de Yule; R=residuos estandarizados corregidos (significativos= <-1,96; >1,96); E.= explicación; N. Rz = Normas de razonamiento; V. meta = Dar la verbalización meta.

Nota. La Q de Yule no pudo ser calculada para algunas cadenas por falta de secuencias suficientes. Sin embargo, existen dos indicadores: residuos ajustados y el valor *p*, que permiten valorar este resultado.

**p*< 0,05. ** *p*< 0,01.

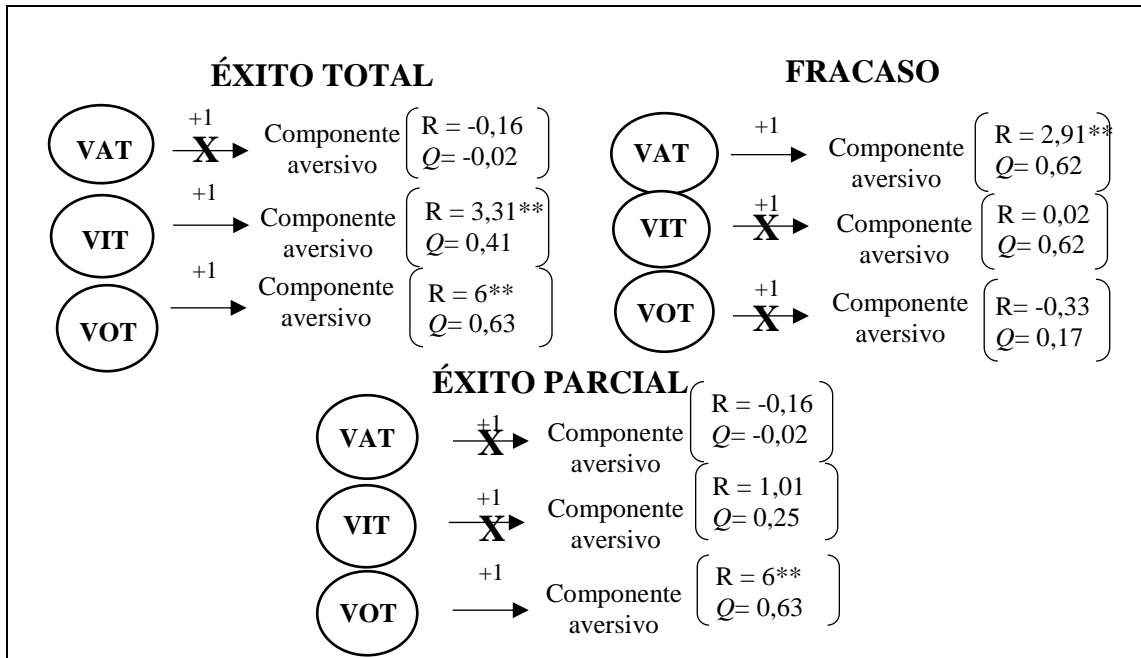
- Según el uso del componente aversivo por parte del terapeuta (*hipótesis 2*).

Con relación a la primera hipótesis (2a) referida al diferente uso del componente aversivo según el éxito del debate, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre la frecuencia de uso del mismo según la efectividad de los debates, tal y como mostraron los datos del estadístico *Kruskal-Wallis* ($\chi^2= 3,806$, $p=0,15$).

En lo que respecta al uso del componente aversivo según el grado de aproximación del cliente a los objetivos de debate (*hipótesis 2b*) se halló que, en los debates de éxito total, los terapeutas tienden a emplear el componente aversivo después de verbalizaciones del cliente intermedias o alejadas a los objetivos de debate, y no después de aquellas que se aproximan, tal y como se muestra en la Figura 6.3. Sin embargo, este patrón se reproducía de forma inversa en debates de fracaso. En los debates de éxito parcial el terapeuta lo emplea únicamente después de VOT del cliente.

Figura 6.3

Diagramas de transición entre el componente aversivo del terapeuta y las verbalizaciones del cliente



Q= Q de Yule; R= residuos estandarizados corregidos (significativos= <-1,96; >1,96).

** p< 0,01.

Por último, en lo que respecta a las estrategias en las que al emplear el componente aversivo se discriminan respuestas de aproximación en el cliente (*hipótesis 2c*), se analizó, en primer lugar, en qué categorías se encadena el uso del componente aversivo y se halló que se daba, con una probabilidad mayor a la esperada por azar en las *analogías* ($R= 10,72$, $Q=0,85$; $p=0,01$), en las *explicaciones* ($R= 6,65$, $Q= 0,57$, $p=0,01$) y en *cuestionar validez* ($R=4,47$, $Q= 0,46$, $p=0,01$). De todas ellas, tanto en cuestionar validez como en explicar se discriminaban respuestas de aproximación, VAT, y no VOT o VIT, tal y como se puede observar en la Tabla 6.6; y, esto no ocurre cuando dichas categorías se daban sin ir acompañadas del componente aversivo. En el caso de cuestionar la validez sin componente aversivo, discrimina cualquier verbalización del cliente (VAT, VOT o VIT); en el caso de las explicaciones sin este componente discriminan respuestas del cliente tanto de

aproximación como opuestas. Por último, en la línea contraria a lo esperado, las analogías cuando se usan sin el componente aversivo sí discriminan respuestas de aproximación y no intermedias u opuestas, patrón que no se da cuando se acompañan de componente aversivo.

Tabla 6.6

Interacción verbal durante el debate cuando las verbalizaciones del terapeuta son acompañadas de componente aversivo

	Explicación	Validez	Analogía			
	y componente aversivo			Explicación	Validez	Analogía
VAT	$z= 3,67^{**}$ $Q= 0,46$	$z=4,02^{**}$ $Q=0,62$	$z= -0,19$ $Q= -0,05$	$z= 14,65^{**}$ $Q= 0,50$	$z= 18,03^{**}$ $Q= 0,67$	$z= 2,17^{*}$ $Q=0,27$
VIT	$z= 0,52$ $Q= 0,10$	$z= 1,23$ $Q= 0,27$	$z= -1,58$ $Q= -1,00$	$z= -0,02$ $Q= 0,00$	$z= 11,05^{**}$ $Q= 0,21$	$z= -2,08^{*}$ $Q= -0,53$
VOT	$z= -0,27$ $Q= -0,07$	$z= 1,62$ $Q= 0,37$	$z= -1,27$ $Q= -1,00$	$z= 2,26^{*}$ $Q= 0,14$	$z= 3,50^{**}$ $Q= 0,56$	$z= -1,67$ $Q= -0,52$

Nota. $Q= Q$ de Yule; $z=$ residuos estandarizados corregidos (significativos= $<-1,96$; $>1,96$).

* $p< 0,05$. ** $p< 0,01$.

- *Sobre el uso de explicaciones en el debate (hipótesis 3)*

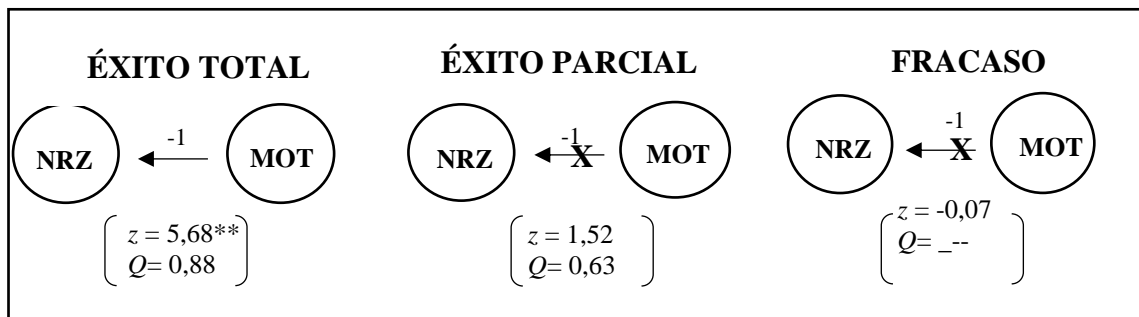
El análisis secuencial de la interacción verbal entre las explicaciones del terapeuta y las respuestas del cliente mostró que cuando las explicaciones del terapeuta eran técnicas, las respuestas que le seguían del cliente eran VAT ($R= 10,13$, $Q=0,54$, $p=0,01$) y no VOT ($R= -1,62$, $Q= -0,20$, $p=0,11$) o VIT ($R= 0,87$, $Q= -0,10$, $p=0,30$). Sin embargo, cuando las explicaciones del terapeuta eran no técnicas, las respuestas del cliente eran tanto VAT ($R= 10,28$, $Q=0,40$, $p=0,01$) como VOT ($R= 3,57$, $Q=0,22$, $p=0,01$) pero no VIT ($R= 0,87$, $Q=0,05$, $p=0,38$).

- *Sobre instruir normas de razonamiento (hipótesis 4)*

En lo que respecta al encadenamiento de normas de razonamiento y verbalizaciones motivadoras se encontró, tal y como se muestra en la Figura 6.4, que, en los debates de éxito total, con una probabilidad mayor a la esperada por azar, antes de las verbalizaciones motivadoras se instruían normas de razonamiento (retardo de -1) y este patrón no se encontró ni en los debates de éxito parcial ni en los debates de fracaso. Sin embargo, no se encontró que estas verbalizaciones encadenadas discriminaran en mayor medida respuestas de aproximación del cliente ($R = 1,35$, $p = 0,18$); tampoco opuestas ($R = -0,47$, $p = 0,64$) o intermedias ($R = -0,64$, $p = 0,52$). El estadístico Q de Yule no pudo ser calculado debido a la escasez de secuencias de tres términos: normas de razonamiento seguidas de verbalizaciones motivadoras y seguidas de verbalizaciones del cliente.

Figura 6.4

Diagramas de transición entre normas de razonamiento y motivadoras según el éxito de los debates.



Q de Yule; z = residuos estandarizados corregidos (significativos = $< -1,96$; $> 1,96$)

** $p < 0,01$

6. DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio aportan una visión pormenorizada sobre cómo funciona la conducta verbal del terapeuta y cliente durante el debate y cuál es la manera más efectiva de establecer esta interacción, en lo que se refiere al uso de las

diferentes formas de cuestionar y a las estrategias que preceden o acompañan a dicho cuestionamiento. De forma resumida, se ha encontrado que la secuenciación de preguntas a la hora de cuestionar sigue cierto patrón a lo largo del debate; que el uso de explicaciones, analogías y verbalizaciones motivadoras previas a preguntas dirigidas a cuestionar dirige de forma más efectiva la respuesta del cliente, siendo de aproximación y no opuesta o alejada al objetivo de debate; el uso del componente aversivo a la hora de cuestionar y explicar también hace que las respuestas del cliente que se discriminan sean de aproximación a diferencia de cuando se usa sin dicho componente y también ocurre lo mismo cuando el terapeuta emplea explicaciones técnicas frente a cuando éstas no lo son. Los debates exitosos se caracterizan por encadenar las instrucciones sobre cómo razonar con verbalizaciones motivadoras y por emplear el componente aversivo de manera contingente a respuestas del cliente. A continuación, se analizan punto por punto los resultados.

Las principales verbalizaciones del terapeuta en el debate consisten en explicar y cuestionar al cliente. Concretamente, la forma de cuestionar cambia a medida que avanza el debate: las preguntas sobre la validez se dan en mayor medida al inicio de los debates y en la mitad de estos, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre la primera y tercera parte; también las preguntas sobre la utilidad se dan más en la segunda mitad y aumentan más en la última parte del debate, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Estos datos permiten confirmar parcialmente la hipótesis 1a y van en consonancia con los datos encontrados en el estudio de encuesta de Pardo y Calero (2017). En él se encontró que el 92,3% de los clínicos decían emplear estas preguntas, evidencia, gravedad y utilidad, en el debate y casi la mitad de ellos sí seguía un orden predeterminado a la hora de secuenciarlas: la mayoría comenzaba cuestionando con preguntas de validez al principio del debate y después seguía con preguntas de utilidad y gravedad. A pesar de ser un patrón de emisión de verbalizaciones característico en la muestra estudiada y en la aplicación que dicen hacer los clínicos de dichas preguntas, seguir este orden

a la hora de cuestionar no tiene relación con la efectividad de los debates, lo que nos lleva a confirmar la hipótesis 1b. Aunque pueda parecer el descubrimiento de un dato algo elemental, algunos autores han señalado la relevancia de la secuenciación y uso de preguntas en el debate sin acompañarlo de evidencia (James y Morse, 2010) e incluso el propio Beck, modelo que muchos clínicos siguen, sugería seguir un cuidadoso orden en la secuenciación de preguntas (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983). Es la primera vez que se muestra con datos empíricos que: (1) este patrón de secuenciación de preguntas se da en la aplicación del debate pero que (2) dicha secuenciación no se relaciona con debates más o menos exitosos. Tal y como predecíamos, seguir este orden en particular o cualquier otro no tiene por qué suponer un mejor funcionamiento de esta técnica pues, a priori, no hay argumentos teóricos de peso que puedan sostener dicha premisa. Más bien, en cada caso, la funcionalidad que desempeñen esas verbalizaciones en el cliente y las propias variables disposicionales del propio cliente serán lo que marque que se empleen más unas que otras y de una manera u otra. Es posible que, independientemente del orden, sí sea relevante el uso de preguntas que cuestionan la validez y las consecuencias; a continuación, reflexionamos sobre la explicación teórica que justifica esta afirmación.

Si vamos un poco más allá en lo que respecta a la aportación explicativa de esta manera de cuestionar, se ha visto que las preguntas más empleadas, con mucha diferencia, son preguntas dedicadas a cuestionar la validez de los planteamientos. ¿Por qué emplear estrategias con este contenido? ¿Qué mecanismos o principios podrían explicar su uso más allá de las explicaciones cognitivistas? Recordemos que los principios de aprendizaje que explican el funcionamiento de las actuaciones del terapeuta son ajenos al conocimiento que el propio terapeuta tenga de los mismos. Pensar o razonar, en términos conductuales, podría ser sinónimo de resolver un problema, entendiendo problema como la situación en la que las contingencias de reforzamiento son complejas y no existe una respuesta disponible eficaz, según el planteamiento de Skinner (1966) sobre la conducta de pensar y razonar. Así, pensar

de una manera inadecuada o irracional se traduciría en que la persona no pueda llegar a soluciones que le acerquen a la respuesta eficaz al problema. El proceso de debate podría entenderse como un entrenamiento en resolver problemas, en el que se le enseñaría al cliente a razonar de manera eficaz. Una de las formas en las que el terapeuta puede ayudar a resolver problemas al cliente es mediante la transmisión de reglas, que son estímulos o claves creadas por otros que ya han resuelto el problema y que fueron eficaces para llegar a la solución. Este entrenamiento en solución de problemas tiene un contenido elemental relacionado con la lógica en la argumentación, probablemente, porque nuestra comunidad verbal nos enseña a pensar y a debatir de esta manera, es decir, nos enseña reglas de cómo examinar las contingencias. La propia comunidad verbal resuelve problemas y en base a ello crea una serie de normas sobre las formas en las que podemos generar reglas que resuelvan problemas: la inducción y la deducción (Pérez, Gutiérrez, García y Gómez, 2010). Así, a lo largo de nuestra historia de aprendizaje hemos sido expuestos a contingencias de reforzamiento por seguir la lógica al discutir o debatir en muchos contextos y, en terapia, el debate se ha de basar en dichas reglas compartidas; es elemental emplear preguntas dirigidas a cuestionar la validez, es la manera en la que hemos aprendido a resolver problemas.

Continuando con la secuenciación de preguntas dirigidas a cuestionar, a medida que evoluciona el debate decrecen las preguntas acerca de la validez y se emplean más preguntas dirigidas a cuestionar la utilidad de las verbalizaciones del cliente. ¿Cómo funcionan las preguntas que cuestionan la utilidad o la gravedad? Probablemente, para aquellas verbalizaciones que no se hayan modificado de forma completa o para enfatizar y fortalecer el cambio en las verbalizaciones del cliente, el terapeuta incorpore estas estrategias de control antecedente intentando influir en el reforzador que está manteniendo las verbalizaciones del cliente mediante operaciones de establecimiento o abolición: discriminando en el propio cliente descripciones

sobre las consecuencias de mantener o cambiar dichas respuestas (“¿Cuál es la utilidad de pensar así?” “¿Qué supondría dejar de pensar en eso?”).

En lo que respecta a las estrategias que preceden a preguntas dirigidas a cuestionar, partíamos de hallazgos previos en los que se conocía que cuando las preguntas u otros tipos de discriminativos del terapeuta eran acompañados por una función de preparación informativa o motivadora, comparado con los casos en los que no van precedidos, era más probable que el cliente emitiera verbalizaciones de acuerdo con los objetivos terapéuticos (Calero et al., 2013). Así, en la primera hipótesis (apartado c), se quiso conocer si algunas de estas verbalizaciones eran más eficaces en discriminar esta respuesta en el cliente y se contrastó que así sucedía, cuando el terapeuta cuestiona usando previamente analogías, explicaciones técnicas y verbalizaciones motivadoras se consiguen discriminar respuestas en el cliente de aproximación y no intermedias u opuestas, a diferencia de lo que ocurre cuando se cuestiona sin encadenar previamente alguna de estas estrategias. De esta manera, se confirmó parcialmente la hipótesis 1c planteada inicialmente. Aunque no todas estas categorías al unirse a cuestionar tienen el efecto hipotetizado, en el caso de las explicaciones, el efecto hipotetizado se dio únicamente cuando éstas eran explicaciones técnicas. Las verbalizaciones que preceden a las preguntas de cuestionar en el debate están cargadas de elementos que desempeñan ciertas funciones. Probablemente, estas verbalizaciones en forma de analogías, motivadoras y explicaciones técnicas que se ha encontrado que unidas a preguntas provocan en el cliente respuestas más adaptativas, tienen elementos comunes entre sí: describir contingencias apetitivas o aversivas, presentar verbalizaciones alternativas deseables, etc. Lo que pueda estar cumpliendo diversas funciones de control antecedente para hacer más probable que se dé la respuesta deseada: operaciones de establecimiento y abolición y control de estímulos. Tal y como planteaban Froján et al. (2018) la comprensión del debate ha de tener en cuenta, tanto las operaciones de establecimiento que englobarían todas estas verbalizaciones y pueden hacer más

saliente un estímulo o aumentar el valor del reforzador, todo ello facilitando cierta respuesta en el cliente; así como el papel de los procesos pavlovianos en la explicación del cambio en las respuestas emocionales en el cliente.

Uno de los elementos clave en el debate es el estilo con el que rebatir o dirigir el cambio de las verbalizaciones del cliente; donde el uso de diferentes verbalizaciones con un componente aversivo tiene un papel clave. Autores como Ellis (Ellis y Grieger, 1989/1977), planteaban como una característica del debate un estilo verbalmente muy activo, de enfrentamiento o confrontación en el que la ironía aparecía con frecuencia en sus ejemplos de diálogos socráticos; otros autores expertos en este campo, como Padesky o Reinecke (Kazantzis, Fairburn, Padesky, Reinecke y Teesson, 2014), en cambio, plantean la confrontación como algo negativo que va a generar reacciones emocionales desagradables en el cliente y dado que, además, no consideran que tengan que convencer al cliente de nada, dado que ellos no poseen la verdad. Más allá de preferencias de estilo, la evidencia existente al respecto hasta el momento sobre cuál era concretamente su efecto en el cambio de verbalizaciones del cliente es escasa más allá de los estudios mencionados sobre moldeamiento verbal (Calero et al., 2013). Los resultados de este estudio indican que no hay diferencias en éxito de los debates según la frecuencia de uso del componente aversivo, lo que nos lleva a rechazar la hipótesis 2a planteada. Sin embargo, lo que encontramos al analizar de manera detallada la interacción mediante el análisis secuencial es que sí existen diferencias en el uso del componente aversivo según los diferentes niveles de éxito de los debates, pero hay que fijarse no en si lo emplean con mayor o menor frecuencia, sino en cómo lo hacen. En los debates exitosos se emplea este componente de manera contingente a verbalizaciones del cliente que se alejan de los objetivos del debate o que son intermedias, lo que nos lleva a apoyar la hipótesis 2b que se había planteado. Los datos encontrados coinciden con los hallazgos de las investigaciones que preceden a este estudio (Calero et al., 2013). En él, se había encontrado que la clave en la diferenciación de la efectividad del debate se encontraba en las verbalizaciones del

psicólogo ante las verbalizaciones intermedias (VIT), pues en el grupo de éxito total el terapeuta reforzaba y castigaba estas verbalizaciones intermedias, en el grupo de éxito parcial sólo las refuerza y en el grupo de fracaso ni las refuerza ni las castiga. Este patrón de actuación, en lo que respectaría al uso del castigo, se replica en este estudio. Consideramos la replicación de estudios un elemento fundamental para el avance científico, máxime cuando se contrasta con una muestra mayor y más heterogénea, como es el caso. Además, el presente estudio aporta, en esta secuencia de interacción un dato adicional no encontrado previamente y es que, en los debates de fracaso, el terapeuta no sólo no emplea el componente aversivo de manera contingente a verbalizaciones opuestas o intermedias al objetivo del debate; sino que lo hace de manera contingente a verbalizaciones de aproximación; algo que claramente puede estar influyendo en la ineficacia de dichos debates al estar castigando o emparejando de forma aversiva contenidos del cliente que se aproximan al objetivo terapéutico. Toda esta evidencia contribuye a sostener con mayor peso que el empleo del componente aversivo en el debate socrático es un elemento fundamental para su éxito. Los terapeutas hemos de emplear los principios de aprendizaje para favorecer el cambio en terapia y conseguir una mayor eficiencia y efectividad de nuestras intervenciones, los mitos existentes sobre el uso del castigo o de elementos aversivos no deberían modificar nuestra práctica clínica dejándonos influir por preferencias, intuiciones o estilos, sino por evidencia.

Dados los resultados que se habían contrastado anteriormente (Calero et al., 2013) con el uso del reforzamiento y el castigo ante verbalizaciones del cliente con diferente contenido, en este estudio se amplió la categorización del uso del componente aversivo teniendo en cuenta su uso cuando se empleaba de manera demorada a verbalizaciones del cliente (no inmediatamente después). Por ello, no se planteó como una categoría en sí misma sino como una categoría compatible con cualquier otra, un elemento añadido a cualquier verbalización del terapeuta que pudiera tener un carácter explicativo, motivador, instruccional, etc. En esta línea, se

quiso contrastar entonces cómo se emplea el componente aversivo en el debate junto con otras verbalizaciones del terapeuta, siguiendo, algunas líneas planteadas en el estudio de Galván (2019); una investigación exhaustiva sobre el control aversivo en terapia a través del análisis de la conducta verbal del terapeuta y cliente. En este trabajo se sugería que el control aversivo no sólo es efectivo cuando se aplica de manera contingente en terapia, sino que el terapeuta emplea asociaciones aversivas para condicionar estímulos que tienen lugar en otros contextos y momentos temporales, pues los procesos implicados en el control aversivo recogen tanto principios de condicionamiento clásico como operante. Así, en este trabajo, se encontró que algunas verbalizaciones del terapeuta, tales como las explicaciones y cuestionar la validez, cuando se emplean con un componente aversivo discriminan, únicamente, respuestas del cliente de aproximación y cuando se emplean sin dicho componente, discriminan respuestas de cualquier tipo por parte del cliente (VAT, VOT o VIT). De esta forma se confirma parcialmente la hipótesis 2b, ya que, en el caso de las analogías, cuando se emplean con el componente aversivo no discriminan respuestas de aproximación, sino que, al revés de lo esperado, al hacerlo sin dicho componente sí discriminan respuestas de aproximación o intermedias. El emparejamiento de ciertas verbalizaciones del cliente (“Yo aguanto mucho”) con emociones aversivas generadas por descripciones verbales con las que son emparejadas (“También podría decir eso una mujer maltratada”: EC: mujer maltratada, RC: malestar), podría explicar el funcionamiento y efectividad de este elemento en el debate en la discriminación de respuestas más adaptativas.

Además de cuestionar, explicar es lo que más realiza el terapeuta en el debate. En el presente trabajo encontramos que el uso de explicaciones técnicas, en las que se le informa al cliente sobre aspectos funcionales de la conducta, parecen dirigir mejor la respuesta del cliente, discriminan principalmente respuestas de aproximación, a diferencia de cuando dichos argumentos no son técnicos, no emplean el conocimiento psicológico por parte del terapeuta, lo que nos permite confirmar la

tercera hipótesis de este estudio. Un objetivo fundamental en el debate, como se ha comentado, es conseguir que el cliente sepa atribuir las causas de lo que sucede de manera racional. Este cambio a una verbalización más racional, en muchos casos, pasa por entender y explicar el funcionamiento del comportamiento (propio o de los otros) y esto pasa, necesariamente por explicaciones del terapeuta de aspectos sobre la funcionalidad del comportamiento o cualquier información de carácter técnico. Lo que buscamos con el cambio de verbalizaciones irracionales por verbalizaciones más racionales es un cambio en la función que desempeñan las mismas. Cuando los clientes emiten verbalizaciones irracionales, en muchos casos, éstas funcionan como una respuesta de escape del malestar emocional ocasionado por la incertidumbre de no entender por qué está ocurriendo algo o por evitar emitir una descripción verbal aversiva. Cuando conseguimos moldear en el cliente la emisión de una descripción verbal de las contingencias que controlan su conducta basada en el análisis funcional, en las variables que explican su comportamiento, es posible que el control que las contingencias verbales ejercían sobre su conducta se debilite porque, a partir de ese momento, cada vez que realice la conducta disfuncional, la persona se verá expuesta a una contingencia de castigo o a estimulación aversiva: ser incongruente (Carrasco y Pardo, 2018).

Por último, instruir al cliente normas de razonamiento que le ayuden a cambiar hacia verbalizaciones más racionales en su discurso tiende a ir acompañado de verbalizaciones motivadoras que señalen las consecuencias que tendrá dicha conducta verbal, en debates exitosos, tal y como se expuso en la Figura 4. Estos datos coinciden con hallazgos de estudios más molares sobre la interacción verbal en terapia en los que al analizar el uso de las instrucciones en terapia y las verbalizaciones motivadoras, se encontró que cuando las instrucciones y las operaciones de establecimiento se daban de manera conjunta el seguimiento de instrucciones era más probable (De Pascual y Trujillo, 2018; Marchena, 2017). Por otra parte, en el presente trabajo no se encontró que dicha secuenciación discriminara

un tipo de respuesta en el cliente de aproximación, ni de ningún otro tipo. Probablemente esto se deba a limitaciones del tamaño de la muestra. En el propio debate la frecuencia con la que el terapeuta instruye o motiva es mucho menor que la frecuencia con la que cuestiona o explica, de forma que la escasez de secuencias en las que se dan estas dos verbalizaciones de forma conjunta en los debates hace complejo que se puedan estudiar secuencias de tres términos como parar evaluar si esta tendencia se da como tal. De esta manera, se confirma parcialmente la hipótesis 4. Describir las consecuencias que tiene o tendrá pensar de una forma racional es un patrón de verbalizaciones efectivo para conseguir un cambio en las verbalizaciones del cliente: *“Cada vez que te pase algo así tienes que pensar también en todas las ocasiones en las que ha ocurrido algo similar y evaluar todas esas situaciones, así conseguirás verlo de forma más racional, más ajustada”*. Además, volviendo la atención a la importancia del cambio en las verbalizaciones del cliente con respecto a la lógica y la racionalidad, en nuestro contexto social, ser coherente y racional suele estar asociado de forma apetitiva. Así, es frecuente en muchas instrucciones durante el debate, hacer uso de estos aprendizajes socialmente formados para anticipar las consecuencias apetitivas o aversivas (ser congruente o ser incongruente) con ciertas verbalizaciones del cliente.

La presente investigación contiene ciertas limitaciones que han de tenerse en cuenta. Por una parte, la muestra del estudio en ocasiones no permitía analizar ciertas secuencias de interacción que se daban con escasa frecuencia; sería conveniente ampliarla para futuros estudios, no sólo en número sino emplear un grupo de terapeutas más heterogéneo, perteneciente a diferentes centros con distintos modos de trabajo e incluso orientación, pues dicho dato conseguiría aproximarnos a entender que, si ciertos procedimientos funcionan, probablemente los mecanismos subyacentes a las técnicas sean los mismos. También sería deseable que hubiera una mayor variabilidad de casos y problemáticas para poder generalizar las conclusiones de los resultados hallados. Por otra parte, la propuesta de categorías planteada en este

trabajo no puede considerarse un sistema de codificación basado en categorías funcionales por varias razones; por una parte, porque para ello habría que comprobar que aquellas supuestas funciones efectivamente ejercen tal control sobre la conducta, por otra, porque no todas las descripciones de las categorías detallan aspectos funcionales, sino que es un sistema de categorías semifuncional que describe tanto aspectos morfológicos de la conducta verbal del terapeuta (por ejemplo, cuestionar), como algunas de sus hipotéticas funciones (instruir, componente aversivo, motivar, etc., etc.). Consideramos que este tipo de aproximaciones pueden ser valiosas porque muchas de las descripciones basadas en aspectos morfológicos pueden contribuir a encontrar explicaciones funcionales de algunos procesos, además de ser un sistema que preceda a otros con categorías puramente funcionales.

¿Cómo es mejor aplicar el debate socrático? ¿Cuál es el uso que debe hacerse de la ironía, los ejemplos extremos o las instrucciones sobre cómo razonar mejor? ¿Es mejor cuestionar sobre la validez, sobre la evidencia o sobre la gravedad? Consideramos que este tipo de preguntas, entre otras, a pesar de ser muy específicas, son absolutamente relevantes para el trabajo cotidiano de los clínicos y pueden comenzar a responderse gracias a los hallazgos aportados en este estudio. Así, el presente trabajo supone una aproximación más hacia la explicación detallada de los procesos de cambio que tienen lugar en la técnica de reestructuración cognitiva y supone una contribución a la creación de guías para clínicos sobre cómo aplicar una de las técnicas más utilizadas, pero menos pautadas, de las intervenciones psicológicas, esta vez, en base al conocimiento de procesos y resultados.

7. REFERENCIAS

American Psychological Association Practice Directorate. (2003). PracticeNet survey: *Clinical practice patterns*. Obtenido el 3 de octubre de 2016 de:

[http://www.slideshare.net/www.apa.org/clinicalpractice-patterns-summer-2003 presentation](http://www.slideshare.net/www.apa.org/clinicalpractice-patterns-summer-2003-presentation)

- Bados, A. y García, E. (2010) La técnica de reestructuración cognitiva. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, 15.*
- Beck, 1995. *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Guilford Press, USA (1995)
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer (Trabajo original publicado en 1979).
- Braun, J. D., Strunk, D. R., Sasso, K. E., y Cooper, A. A. (2015). Therapist use of Socratic questioning predicts session-to-session symptom change in cognitive therapy for depression. *Behaviour research and therapy*, 70, 32-37. doi:10.1016/j.brat.2015.05.004
- Burns, D. (1980). *Feeling Good*. Nueva York: New American Library.
- Calero-Elvira, A. (2009). Análisis de la interacción entre terapeuta y cliente durante la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva. Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.
- Calero-Elvira, A., Froján-Parga, M. X., Ruiz-Sancho, E. M., y Alpañés-Freitag, M. (2013). Descriptive study of the Socratic method: Evidence for verbal shaping. *Behavior therapy*, 44(4), 625-638. doi:10.1016/j.beth.2013.08.001
- Carey, T. A., y Mullan, R. J. (2004). What is Socratic questioning? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 217–226. doi:10.1037/0033-3204.41.3.217
- Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A. J., y Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiety*. doi.org/10.1002/da.22728
- Carrasco, T., y Pardo, R. (noviembre, 2018). *Talking therapies ¿A través de qué mecanismos funciona el intercambio verbal entre el terapeuta y el paciente?*

- más allá del moldeamiento de la conducta verbal del paciente por parte del terapeuta.* En Simposio llevado a cabo en el Congreso: XI Congreso internacional y XVI Nacional de Psicología clínica Granada, España. Resumen recuperado de: http://www.aepc.es/PsClinicaXI/LIBRO_ACTAS_PS_CLINICA_XI.pdf
- Clark, D. A. (2013). Cognitive restructuring. *The Wiley handbook of cognitive behavioral therapy*, 1-22. doi:10.1002/9781118528563.wbcbt02
- Clark, G. I., y Egan, S. J. (2015). The socratic method in cognitive behavioural therapy: A narrative review. *Cognitive Therapy and Research*, 39(6), 863-879. doi.org/10.1007/s10608-015-9707-3
- De Pascual Verdú, R., y Trujillo Sánchez, C. (2018). A study of the relation between motivational utterances and instruction compliance in psychological therapy. *Revista Clínica Contemporánea*, 9(2).
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., ... Gallop, R. (2005). Cognitive Therapy vs Medications in the Treatment of Moderate to Severe Depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 409. doi:10.1001/archpsyc.62.4.409
- Dimidjian, S., Dobson, K. S., Kohlenberg, R. J., Gallop, R., Markley, D. K., Atkins, D. C., et al. (2006). Randomized trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670. doi:10.1037/0022-006x.74.4.658
- Ellis, A. y Grieger, R. (1989). *Manual de terapia racional-emotiva* (Vol. 1). Bilbao: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1977).
- Farmer, C. C., Mitchell, K. S., Parker-Guilbert, K., y Galovski, T. E. (2017). Fidelity to the cognitive processing therapy protocol: evaluation of critical elements. *Behavior therapy*, 48(2). doi:10.1016/j.beth.2016.02.009

- Froján M. X. y Calero, A. (2011). Guía para el uso de la reestructuración cognitiva como un procedimiento de moldeamiento. *Psicología conductual*, 19(3), 659.
- Froján Parga, M. X., Montaña Fidalgo, M., Calero Elvira, A., y Ruiz Sancho, E. (2011). Aproximación al estudio funcional de la interacción verbal entre terapeuta y cliente durante el proceso terapéutico. *Clínica y Salud*, 22(1), 69-85.
- Froján-Parga, M. X., Calero-Elvira, A., Pardo-Cebrián, R., y de Prado-Gordillo, M. N. (2018). Verbal Change and Cognitive Change: Conceptual and Methodological Analysis for the Study of Cognitive Restructuring Using the Socratic Dialog. *International Journal of Cognitive Therapy*, 11(2), 200-221. doi:10.1007/s41811-018-0019-8
- Froján-Parga, M. X., Montaña-Fidalgo, M., y Calero-Elvira, A. (2010). Verbal behavior analysis: A descriptive approach to psychotherapeutic phenomenon. *Spanish Journal of Psychology*, 13, 914–926. doi.org/10.1017/S1138741600002560
- Galván Domínguez, N. (2018). Control verbal aversivo en terapia psicológica: una perspectiva funcional. Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España.
- Kazantzis, N., Fairburn, C. G., Padesky, C. A., Reinecke, M., y Teesson, M. (2014). Unresolved issues regarding the research and practice of cognitive behavior therapy: The case of guided discovery using Socratic questioning. *Behaviour Change*, 31(1), 1-17. doi:10.1017/bec.2013.29
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 1–27. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Le´ger, E., Gagnon, F., y Thibodeau, N. (2000). Efficacy of cognitive– behavioral treatment of generalized anxiety

- disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 957–964. doi:10.1037/0022-006x.68.6.957
- Lange, A., y Van Woudenberg, M. (1994). Cognitive restructuring in behaviour therapy and in psychoanalytical therapy: A content analysis of therapy sessions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 22(1), 65-73. doi:10.1017/s1352465800011814
- Mahoney, M. J. y Arnkoff, D. B. (1978). Cognitive and self-control therapies. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2ª ed., pp. 689-722). Nueva York: Wiley.
- Marchena Giráldez, C. A. (2017). Estudio de las instrucciones durante la interacción terapéutica. Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España.
- O'Donohue, W. T., y Fisher, J. E. (Eds.). (2012). *Cognitive behavior therapy: Core principles for practice*. John Wiley & Sons.
- Overholser, J. C. (1991). The Socratic method as a technique in psychotherapy supervision. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22(1), 68-74. doi:10.1037/0735-7028.22.1.68
- Padesky, C. A. (1993). Socratic questioning: Changing minds or guiding discovery. Paper presented at the A keynote address delivered at the European Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, London.
- Pardo Cebrián, R., y Calero Elvira, A. (2017). Applying cognitive restructuring in therapy: The clinical reality in Spain. *Psychotherapy Research*, 29(2), 198–212. doi:10.1080/10503307.2017.1341655
- Pérez Fernández, V. J., Gutiérrez Domínguez, M. J., García García, A., y Gómez Bujedo, J. (2010). *Procesos psicológicos básicos: un análisis funcional*. Universidad Nacional de Educación a distancia: Madrid.
- Sasso, K. E., Strunk, D. R., Braun, J. D., DeRubeis, R. J., y Brotman, M. A. (2015). Identifying moderators of the adherence-outcome relation in cognitive

therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(5), 976–984. <https://doi.org/10.1037/ccp0000045.supp> (Supplemental).

Skinner, B. F. (1966). *An operant analysis of problem solving*. En B. Kleinmuntz (Ed.), *Problem solving: Research, method and theory* (pp. 225-257). New York, NY: Wiley.

Strunk, D. R., Cooper, A. A., Ryan, E. T., DeRubeis, R. J., y Hollon, S. D. (2012). The process of change in cognitive therapy for depression when combined with antidepressant medication: Predictors of early intersession symptom gains. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 730 –738. <http://dx.doi.org/10.1037/a0029281>

CAPÍTULO 7

ESTUDIO EMPÍRICO III *Análisis de la conducta verbal de terapeutas* *expertos e inexpertos durante el debate en* *reestructuración cognitiva*

1. RESUMEN

El estudio de la conducta verbal en la reestructuración cognitiva puede acercarnos a la comprensión de los mecanismos de cambio clínico implicados, además de permitirnos conocer qué actuaciones son más efectivas. El debate es una de las técnicas de más compleja aplicación, así, el estudio de su uso en función de la experiencia puede aportar conocimiento sobre las actuaciones características de un mejor dominio y de debates más efectivos. Se trata de un estudio de metodología observacional. La muestra constó de 113 fragmentos de debate de 18 casos, todos

ellos adultos. Los terapeutas expertos contaban con más de 6 años de experiencia y los inexpertos con menos de 2. Se encontró que los expertos tienen menos debates de fracaso, pero no existen diferencias según la experiencia en el número de debates exitosos. Sin embargo, la forma de cuestionar seguía un patrón diferente: los inexpertos cuestionaban más y empleaban más preguntas que sugieren la respuesta, mientras que los expertos emplean un debate más didáctico. El componente aversivo es usado con mayor frecuencia y de manera contingente por los expertos. Las diferencias en verbalizaciones motivadoras se encuentran en la secuencia de aplicación y no en la frecuencia de uso. Se discuten las principales implicaciones de los resultados en la formación de terapeutas.

Palabras clave: debate, reestructuración cognitiva, conducta verbal, análisis de conducta, experiencia clínica.

2. ABSTRACT

The study of verbal behavior in cognitive restructuring can bring us closer to understanding the mechanisms of clinical change involved, as well as allowing us to know which actions are most effective. Disputing is one of the most complex application techniques. Thus, studying its application based on the therapists' experience could provide knowledge about the characteristic of better performances and debates that are more effective. In this study, observational methodology was used. The sample consisted of 113 disputing fragments of 18 clinical cases, all of them adults. Expert therapists had more than 6 years of experience and inexperienced ones less than 2 years. Results shows that experts have fewer failures debates, but there are no differences according to experience in successful debates. The way of questioning followed a different pattern. Inexperienced therapists questioned more and used more questions that suggest the answer while experts used a more didactic debate. Experts use the aversive component more frequently and contingently.

Differences in motivational verbalizations are found in application sequences and not in use frequency. The main implications of the results in therapists training are discussed.

Keywords: debate, cognitive restructuring, verbal behavior, behavior analysis, clinical experience.

3. INTRODUCCIÓN

El enfoque cognitivo en psicoterapia supuso una ruptura entre la investigación experimental y la práctica clínica que caracterizaba a la modificación de conducta. La incorporación de lo cognitivo como lo interno y lo causal supuso la vuelta al mentalismo y a confundir la explicación con lo que debía ser explicado; además, la unión de lo cognitivo a la terapia de conducta ni siquiera se hizo teniendo en cuenta los avances de la psicología experimental del procesamiento de la información (Vila, 1997). La reestructuración cognitiva, una de las técnicas centrales del enfoque cognitivo (Mahoney y Arnkoff, 1978), tenía como objetivo resolver los problemas psicológicos a través del cambio de los pensamientos y de las estructuras cognitivas. Las técnicas cognitivas han sido cuestionadas, no tanto por su eficacia que después demostraron sobradamente (DeRubeis et al., 2005; Hollon et al., 2014; Hollon et al., 2005), si no sobre todo por sus planteamientos teóricos. Las críticas abarcan desde la falta de definición y concreción sobre las relaciones causales entre cognición, emoción y respuesta motora, al empleo de términos como creencias irracionales o esquemas basados en argumentos de causación circular (Froján y Calero, 2011).

El pensamiento puede explicarse en base a principios de aprendizaje operante y clásico sin necesidad de aludir a explicaciones dualistas y, por tanto, también las técnicas cognitivas no implican ningún principio de aprendizaje especial o diferente. Los eventos privados, desde luego, pueden tener gran relevancia en la explicación de los problemas psicológicos de los clientes, sin embargo, no tienen un estatus especial

ni son causas de la conducta, sino que son conducta (Skinner, 1963). De acuerdo con Pérez (1996), lo cognitivo de la terapia consiste fundamentalmente en hablar, pero el problema es cuando el terapeuta no lo trata como conducta verbal sino como un medio para acceder a “estructuras y procesos” internos. La conducta verbal desempeña un papel crucial en terapia, y más aún en la reestructuración cognitiva, no sólo porque es mediante el discurso del cliente como los psicólogos podemos acceder a los problemas por los que estos consultan sino también porque es, el propio discurso, una conducta absolutamente central en terapia como objeto de modificación en sí misma. A pesar de que las terapias cognitivas nacieran alejadas de la experimentación y fundamentación, lo cierto es que esto no significa que muchos de los procedimientos desarrollados no estén poniendo en marcha unos mecanismos esenciales de cambio clínico que deben ser explicados, los principios de aprendizaje están operando en cualquier caso, quizá la cuestión es reconceptualizar dichos procedimientos desde el análisis de conducta a través del análisis funcional de la conducta verbal como método para comprender las variables que influyen en el cambio clínico en de las denominadas técnicas cognitivas.

¿Cómo se explica, entonces, la reestructuración cognitiva desde el análisis de conducta? La reestructuración cognitiva se centra, fundamentalmente, en la modificación de las verbalizaciones desadaptativas del cliente, a través de unos procedimientos específicos: debate, explicación del papel de los pensamientos, experimentos conductuales, autorregistros, etc. Atendiendo al debate en particular, para algunos autores como Poppen (1989), se traduciría en el reforzamiento verbal a través del que se consiguen modificar las reglas del cliente. Para Pérez (1996), el debate socrático podría entenderse como moldeamiento verbal. Además de las propuestas teóricas, lo que se ha contrastado de forma empírica, proviene, hasta el momento, de la línea de trabajo que antecede a este estudio y que se centra en el análisis de la interacción verbal entre terapeuta y cliente (Calero, Froján, Ruiz y Alpañés, 2013). Desde estos trabajos se ha planteado también que el debate se puede

entender como un procedimiento de moldeamiento verbal y se ha contrastado como, efectivamente, el terapeuta va dirigiendo la modificación del comportamiento verbal del cliente desde verbalizaciones desadaptativas a verbalizaciones cada vez más adaptativas, a través del reforzamiento diferencial de las verbalizaciones que se aproximan al objetivo terapéutico y extinguiendo y castigando aquellas que se van alejando del mismo (Calero et al., 2013; Calero, Froján, Ruiz y Vargas, 2011; Calero, 2009). Se observaba un moldeamiento más efectivo cuando el terapeuta actuaba de forma contingente con todas las verbalizaciones y, además, se encontró que cuando el terapeuta hacía preguntas precedidas por cierta información, los debates también eran más efectivos. De esta forma, la sugerencia por parte del terapeuta de cierta información antes de cuestionar podía entenderse como una mayor indicación o guía por parte del terapeuta, en contra de lo que alguno de los autores clásicos de la terapia cognitiva como Beck había planteado. Las líneas futuras de los citados estudios de moldeamiento verbal apuntaban hacia la profundización del contenido de las preguntas del terapeuta y su secuenciación, así como hacia el estudio de las verbalizaciones previas a dichas preguntas de cara a completar una guía sobre cómo debatir basada en la evidencia y en el análisis de los principios de aprendizaje que subyacen.

En lo que respecta al uso del debate por los clínicos en terapia, este es considerado una de las técnicas de intervención de más difícil aplicación (Bados y García, 2010), una habilidad compleja que conlleva un tiempo significativo hasta que consigue dominarse (DeRubeis et al., 2009). Es más, algunos estudios reflejan el desconocimiento por parte de los clínicos sobre el cuestionamiento verbal en terapia. James y Morse (2007) analizaron el conocimiento que psicólogos inexpertos tenían sobre la realización de preguntas, encontrando que, por lo general, ignoraban la tipología, secuenciación y estructura de estas, aunque sí solían identificar adecuadamente la función de las mismas. A la complejidad de la técnica han de sumarse otros factores que dificultan su aprendizaje y aplicación y que están

relacionados con ambigüedad y confusión debido a el uso de muy diversos términos para referirse a ella, la inadecuada operativización de cómo se aplica exactamente y los objetivos que persigue la técnica, entre otros aspectos (Clark, Egan, 2015). ¿Nos referimos a lo mismo al hablar, por ejemplo, de debate socrático, método socrático o cuestionamiento verbal?; ¿Es el objetivo de esta técnica dejar al cliente que descubra la solución o dársela?; ¿Hay alguna forma de cuestionar que se relacione con mejores resultados? Este entramado ha contribuido a hacer más compleja la identificación de las estrategias y actuaciones del terapeuta durante el debate que contribuyen a su aplicación efectiva. Es importante destacar que, aunque existen detalladas aportaciones sobre cómo hay que debatir exactamente, como pueden ser las propuestas de Beck (Beck, 1967; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) y Ellis (Ellis & Grieger, 1977) o las de Overholser (1993a, 1993b); ninguna de las guías planteadas va acompañada de evidencia empírica que la apoye.

Teniendo en cuenta la complejidad de aplicación de la reestructuración cognitiva, lo poco pautada que está, así como el tiempo considerable que lleva su entrenamiento y el desconocimiento de esta por parte de terapeutas inexpertos, el estudio de la actuación de los terapeutas expertos puede ser de gran utilidad para comprender las claves de las actuaciones más eficaces. El efecto de ciertas características del terapeuta en los resultados del tratamiento, como la experiencia, ha sido uno de los factores más estudiados desde el inicio de las investigaciones de resultados en psicoterapia. Las divergencias de los diferentes estudios para definir la experiencia del terapeuta, así como para aislar variables relacionadas (edad, formación...) han aportado gran confusión a la interpretación de los datos (Beutler, 1997; Walsh, Roddy, Scott, Lewis y Jensen-Doss, 2018). Se trata de un tema controvertido en el que es difícil extraer conclusiones claras, no sólo por los problemas en la definición de experiencia, sino porque no todos los hallazgos han apuntado en la misma dirección. Ciertas investigaciones y estudios de revisión relevantes en el área han concluido que los terapeutas con mayor experiencia tienen

menos abandonos (Goldberg et al., 2016; Stein y Lambert, 1995). Por otra parte, un número amplio de investigaciones no han encontrado ninguna relación entre experiencia y mejores resultados (Norton, Little y Wetterneck, 2014; Okiishi et al., 2006).

Más allá de las controversias señaladas, las directrices de la División 12 de la Asociación Americana de Psicología (2006), destacaron que la experiencia clínica es esencial para identificar e integrar la mejor evidencia de investigación con datos clínicos, así como la importancia de comprender el papel de la experiencia en la práctica clínica como una forma de mejorar los resultados de las intervenciones. Parecería congruente hipotetizar que la experiencia moldea a los terapeutas hacia actuaciones más eficaces y así se ha concluido en otros campos sanitarios como en medicina, en el que el efecto de la experiencia es bastante potente en los resultados (Pisano, Bohmer y Edmonson, 2001), lo cual puede llevar a preguntarnos si realmente estamos estudiando adecuadamente este fenómeno en nuestro campo. De hecho, en la literatura científica de las últimas décadas se puede encontrar que cuando las investigaciones profundizan y controlan variables específicas de la experiencia, sí se apuntan diferencias en la eficacia. Concretamente, cuando se dan ciertas condiciones como una práctica clínica en la que se atiende a pacientes con características similares y no pasa mucho tiempo entre el tratamiento de un paciente y otro con el que comparte esas características, se encuentran beneficios de una mayor experiencia (Leon, Martinovich, Lutz y Lyons, 2005). Por todo lo señalado, consideramos que puede ser de gran utilidad estudiar el funcionamiento de los terapeutas expertos en terapia, no tanto para contrastar si efectivamente obtienen mejores resultados, sino para analizar las acciones específicas que se asocian a mejores resultados a través del estudio de su interacción con el cliente.

El presente estudio tiene como objetivo conocer y comparar la actuación de terapeutas expertos y de terapeutas inexpertos durante el debate en reestructuración

cognitiva para poner conocer con detalle qué tipo de actuaciones se asocian a debates más eficaces. En concreto, se proponen las siguientes hipótesis.

Hipótesis 1. Se encontrarán diferencias en la efectividad de los debates de terapeutas expertos y de terapeutas inexpertos:

- a) Se espera hallar un porcentaje mayor de debates de *éxito total* en terapeutas expertos. Además, los inexpertos tendrán más debates clasificados como *fracaso* que los expertos.
- b) Los terapeutas expertos serán más eficaces en el moldeamiento verbal que tiene lugar en el debate alcanzando más respuestas de aproximación que opuestas; se encontrará una tasa mayor de VATs y menor tasa de VOTs del cliente en los debates de expertos.

Hipótesis 2: En lo que respecta al grado de indicación, en los debates de éxito total:

- a) Se encontrarán diferencias en el grado de guía o indicación del debate por parte de terapeutas expertos frente a inexpertos, siendo los terapeutas expertos los que lo harán en mayor medida: será más probable encontrar preguntas con un componente de indicación (*explorar y cuestionar indicando*) por parte de terapeutas expertos y darán al cliente la solución con mayor frecuencia emitirán la *verbalización meta*.
- b) Teniendo en cuenta que otra forma de valorar el grado de dirección o guía del debate es a través de un mayor uso de explicaciones que acompañen a las preguntas de debate, los terapeutas expertos realizarán debates en los que empleen en mayor medida este tipo de verbalizaciones: *explicar, usar analogía, instruir normas de razonamiento*, frente a los inexpertos, que emplearán menos estrategias “didácticas”.

Hipótesis 3: Con respecto a la manera de hacer preguntas (explorar y cuestionar), se encontrarán diferencias en el uso de las mismas entre expertos e inexpertos:

- a) Los terapeutas inexpertos emplearán más preguntas dirigidas a cuestionar que los expertos.
- b) Los inexpertos seguirán, en mayor medida, un orden en la secuenciación de preguntas: en la primera y segunda parte del debate preguntas encaminadas a evaluar la evidencia y lógica (categoría cuestionar validez) y preguntas dirigidas a evaluar la gravedad y/o la utilidad (cuestionar gravedad y cuestionar utilidad) en la tercera parte de este.

Hipótesis 4. Se encontrarán diferencias en el uso del componente aversivo por parte de terapeutas expertos frente a inexpertos en el debate.

- a) Los terapeutas expertos lo emplearán en mayor medida que los inexpertos
- b) Los expertos lo emplearán con una probabilidad mayor a la esperada por azar, después de VOT o VIT del cliente y no de VAT.

Hipótesis 5. En cuanto al uso de analogías, explicaciones técnicas, normas de razonamiento y motivadoras, expertos e inexpertos las aplicarán con distinta frecuencia y harán un uso diferente de ellas:

- a) Los expertos emplearán con mayor frecuencia explicaciones técnicas, verbalizaciones motivadoras y analogías que los inexpertos.
- b) En los debates de éxito total, los expertos unirán verbalizaciones motivadoras a normas de razonamiento.

4. MÉTODO

Participantes

La muestra se compone de 113 fragmentos de debate de 18 casos clínicos y 11 terapeutas con diferente nivel de experiencia: 10 casos corresponden a terapeutas expertos y 8 a inexpertos. Los expertos contaban con una experiencia clínica continuada de más de 6 años; y los inexpertos de menos de 2 años. De los terapeutas

expertos, el terapeuta 1 era Doctor en Psicología y psicólogo clínico y los terapeutas expertos 2 y 3 eran Máster en Psicología Clínica y dedican su actividad laboral principalmente a la atención psicológica. En lo que respecta a los terapeutas inexpertos, todos ellos estaban terminando su formación de máster y recibían supervisión de todas sus sesiones por parte de terapeutas expertos. Todos los terapeutas tenían una orientación conductual y desarrollaban su labor clínica, bien como profesionales del centro, bien como alumnos de máster, en el *Instituto Terapéutico de Madrid*, Centro Sanitario de Psicología de la Comunidad de Madrid. Las personas que demandaron ayuda psicológica eran todos ellos adultos y recibieron tratamiento psicológico individual. En la tabla 7.1 se indican las principales características de la muestra.

Antes de proceder a la grabación de las sesiones, se obtuvo el consentimiento informado escrito de todos los participantes para la colaboración en este estudio, habiendo sido aprobado este procedimiento por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid. Una vez obtenido el consentimiento, se procedió a la observación de las grabaciones de los casos que recibían un tratamiento psicológico individual en el que se empleara la reestructuración cognitiva. Se identificó en todos los casos grabados cuáles eran los fragmentos de debate siguiendo la *Guía para la identificación de la técnica de reestructuración y la clasificación de sus procedimientos terapéuticos*, desarrollado por Calero, 2009.

Tabla 7.1

Características de la muestra

Características del fragmento de debate		Características del terapeuta			Características del cliente		
Caso	Fragmento y duración	T	S	Ex.	S	Edad	Tipo de problema
1	11 (30m 21s)	1	M	16	M	32	Problemas de pareja
2	8 (29m 2s)	1	M	15	M	30	Bajo estado de ánimo
3	12 (1h 26m 15s)	1	M	14	M	29	Bajo estado de ánimo
4	3 (1h 16m 2s)	1	M	15	M	30	Problemas de pareja
5	8 (24m 52s)	2	M	6	H	34	Hipocondría
6	1 (5m 57s)	2	M	6	M	18	Alimentación
7	8 (25m 49s)	2	M	9	M	35	Problemas de pareja
8	3 (20m 25s)	2	M	8	H	37	Problemas laborales
9	2 (9m 11s)	2	M	8	M	16	Bajo estado de ánimo
10	3 (19m 29s)	3	H	6	H	36	Hipocondría
11	3 (12m 13s)	4	M	1	H	19	Habilidades sociales
12	5 (17m 10s)	5	M	1	M	37	Imagen corporal.
13	18 (1h54m9s)	6	M	1	M	22	Problema de celos
14	12 (1h 9m 40s)	7	M	1	M	24	Problemas de relación
15	1 (2m 42s)	8	M	2	M	36	Problemas afectivos
16	5 (40m 14s)	9	M	1	M	32	Bajo estado de ánimo
17	6 (19m 41s)	10	M	1	M	28	Problemas laborales
18	3 (28m 36s)	11	M	1	M	21	Bajo estado de ánimo
Total	10h 6m 39s	11	M (10) H (1)	E (4) I (8)	M (14) H (4)		

Ex. = Experiencia (en años); S= sexo; T= terapeuta.

Materiales

Variables e instrumentos

a) Variables referidas al terapeuta:

- Conducta verbal del terapeuta: verbalizaciones del terapeuta durante los fragmentos de debate que se recogen en el *Sistema de Categorización de las Estrategias de Debate en Reestructuración cognitiva* (SISC- EDR)¹, desarrollado *ad hoc* para este estudio. Las categorías que se recogen en dicho sistema son las siguientes:
 - Explorar (indicando o sin indicar).
 - Cuestionar: validez, gravedad o utilidad (indicando o sin indicar).
 - Explicar: de forma técnica o no técnica.
 - Motivar.
 - Usar analogía: contexto propio o ajeno.
 - Instruir normas de razonamiento.
 - Dar verbalización meta.

Todas estas categorías a su vez se pueden clasificar en carácter aversivo o no aversivo (categoría no excluyente de todas las anteriores).

- Nivel de experiencia de los terapeutas. Variable nominal de dos niveles: terapeutas expertos, aquellos que tenían 6 años o más de experiencia clínica continuada y terapeutas inexpertos, aquellos que tenían menos de 2 años de experiencia clínica.

b) Variable referida al cliente:

¹ El sistema de categorías SISC-EDR ha sido desarrollado a partir de sistemas de categorización previos (Calero et al., 2013) desarrollando categorías de estímulos antecedentes: la profundización del contenido de preguntas del terapeuta (Discriminativo) y de las verbalizaciones previas a dichas preguntas (Preparación del Discriminativo: informativa, motivadora e instrucción).

- Conducta verbal del cliente: verbalizaciones del cliente durante los fragmentos de debate que se recogen en el *Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del cliente en función del Cumplimiento de Objetivos Terapéuticos* (SISC-COT) desarrollado en Calero et al., 2013).
 - Verbalizaciones de Aproximación al objetivo Terapéutico del debate (VAT)
 - Verbalizaciones Opuestas al objetivo Terapéutico del debate (VOT)
 - Verbalizaciones Intermedias con respecto al objetivo Terapéutico del debate (VIT)
- c) Variables referidas a los debates:
 - Efectividad de los debates según la escala de apreciación EVED- RC: desarrollada en Calero et al., 2013), categoriza cada debate en una escala de efectividad según tres niveles:
 - Éxito total
 - Éxito parcial
 - Fracaso
 - Tasa de verbalizaciones del cliente que se aproximan y que se alejan a los objetivos de debate (VAT y VOT) por minuto. Medida indirecta de efectividad.

Los instrumentos empleados en este estudio fueron los siguientes:

- *Sistema de Categorización de las Estrategias de Debate en Reestructuración cognitiva* (SISC- EDR).
- *Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del cliente en función del Cumplimiento de Objetivos Terapéuticos* (SISC-COT)

- Escala de Valoración de la Efectividad del Debate en la reestructuración cognitiva (EVED).
- El software *The Observer XT* (Noldus ®), versión 12.5, para la observación y codificación de las sesiones, así como para el cálculo de los porcentajes de acuerdo y de los índices de fiabilidad inter e intra-juez.
- El programa *Generalized Sequential Querier* (GSEQ), versión 5.1 (Bakeman y Quera, 1994) para la realización del análisis secuencial de los datos registrados.
- El programa *SPSS Statistics* (IBM®) versión 22, para el análisis estadístico de los datos.

Procedimiento

1. Elaboración de sistema de categorías del terapeuta

El presente estudio partía de un trabajo con la misma metodología y temática: el análisis de la interacción verbal durante el debate en reestructuración cognitiva, de forma que, se partió del sistema de categorías elaborado en dicha investigación (Calero, Froján, & Montaña, 2011; Calero et al., 2013; Calero, Froján, Ruiz & Vargas, 2011), y a partir del mismo, se profundizó en algunas categorías no exploradas hasta entonces para tratar de responder a nuevas hipótesis.

Se realizaron observaciones y transcripciones de fragmentos de debate de terapeutas expertos e inexpertos, por parte de 3 observadores diferentes: el observador 1, psicólogo experto en terapia de conducta, experiencia clínica y análisis de la conducta verbal en terapia; y los observadores 2 y 3: graduados en psicología y con formación clínica. Periódicamente, se realizaban reuniones para analizar y depurar las definiciones y categorías propuestas trabajando en la definición de las categorías hasta elaborar un sistema de categorías preliminar, momento en que el

observador 2 comenzó a categorizar los fragmentos de debate que el terapeuta 1 había registrado y se fueron calculando los porcentajes de acuerdo y el coeficiente Kappa de Cohen de los fragmentos. Posteriormente, se discutían los desacuerdos y dudas entre observadores y fruto de estos ajustes se elaboró la guía de acuerdos SISC-EDR. La versión definitiva de la misma se logró una vez se llegó a unos niveles de acuerdo y coeficiente Kappa de Cohen adecuados, situados entre 0,53 y 0,92 en el caso de la fiabilidad inter-observadores y entre 0,60 y 0,92 en el caso de la fiabilidad intra-observador.

2. Entrenamiento y fiabilidad en los sistemas de categorías del cliente y efectividad de los debates.

Para el análisis de la conducta del cliente y de la efectividad de los debates no fue necesario elaborar sistemas de categorías, pues se emplearon sistemas de categorización ya existentes. En su lugar, se procedió al entrenamiento, por parte de los observadores 1 y 2 en dichos sistemas: *Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del cliente en función del Cumplimiento de Objetivos Terapéuticos* (SISC-COT), que posee un nivel de fiabilidad inter-observador entre 0,51 y 0,79 e intraobservador entre 0,72 y 1,00 (Calero, Froján, & Montaña, 2011); y, por su parte, la *Escala de Valoración de la Efectividad del Debate en la reestructuración cognitiva* (EVED), que posee un coeficiente de concordancia interobservador de 0,95 ($p=0,003$) e intraobservador de 1,00 (Calero, Froján, & Montaña, 2011).

Los observadores 1 y 2 se entrenaron en el uso de estos sistemas de clasificación hasta conseguir, en el SISC-COT, al menos 10 sesiones consecutivas con un coeficiente Kappa de Cohen de 0,60 como mínimo que es el valor mínimo para considerar un acuerdo bueno según Bakeman (2000) y Landis y Koch (1977) y en el EVED un coeficiente de concordancia que no fuese inferior a 0,80 en al menos 6 registros consecutivos. Se tomó como criterio este valor dado que los valores del CCI

pueden oscilar entre 0 y 1 y son considerados óptimos aquellos que superan 0,80 (Quera, 1997).

3. Registro de la muestra

Una vez garantizados unos niveles de fiabilidad adecuados para todos los sistemas de categorías, se procedió al registro de la muestra. Para el registro de la conducta verbal del terapeuta y del cliente durante los debates; se unieron los sistemas SISC-EDR y SISC-COT. Se sometió al análisis de la fiabilidad a más del 10% de la muestra total del estudio y se mantuvieron los registros siempre que el nivel de fiabilidad alcanzado no fuera inferior a 0,60. En la tabla 7.2 se especifican los valores del estudio de fiabilidad inter e intraobservador de los sistemas de categoría de terapeuta (SISC-EDR) y de cliente (SISC-COT) en el registro de la muestra.

Tabla 7.2

Porcentaje de acuerdo e índice de fiabilidad inter e intra-observador de la muestra en los sistemas: SISC-EDR (terapeuta) y SISC-COT (cliente)

Observación	Fiabilidad Inter-observador			Fiabilidad Intra-observador		
	Fragmento	PA (%)	K	Fragmento	PA (%)	K
1	1 S.6 (52s)	85,18	0,84	2 S. 6 (2m 37s)	81,25	0,79
2	2 S. 8 (4m 36s)	88,89	0,88	2 S. 9 (1m 3s)	90	0,89
3	3 S.7 (6m 56s)	64,28	0,60	4 S. 15 (5m 2s)	71,43	0,70
4	5 S.5 (1m 8s)	84,21	0,83	1 S. 6 (6m 48s)	76,61	0,74
5	6 S.5 (5m 57s)	74,32	0,72	7 S. 7 (9m 10s)	88,89	0,88
6	8 S.6 (7m 23s)	64,81	0,62	9 S. 4 (7m 15s)	82,67	0,80
7	12 S.4 (2m 28s)	80,43	0,79	13 S.7 (5m 24s)	70,11	0,67
8	13 S.6 (3m 37s)	80,36	0,78	13 S.11 (3m 16s)	82,54	0,80
9	14 S.5 (6m 28s)	64,63	0,61	15 S. 8 (2m 42s)	90,63	0,90
10	14 S.10 (5m 21s)	85,19	0,84	17 S. 8 (3m 17s)	76,59	0,75
11	17 S.7 (5m 3s)	70,13	0,67	12 S. 5 (2m 33s)	84,21	0,83

S= sesión; Ob.= observador; K= Kappa de Cohen.

Nivel de significación en las comparaciones: $p= 0,00$

Una vez registrada la conducta verbal de terapeuta y cliente, se procedió al registro de la efectividad de los debates mediante la escala de apreciación EVED, sometiendo al análisis de la fiabilidad a más del 10% de la muestra total del estudio, tal y como se puede apreciar en la tabla 7.3.

Tabla 7.3

Fiabilidad de los debates medida a través de la escala de apreciación EVED-RC

Comparación	Comparaciones inter-observadores		Comparaciones intra-observador			
	Fragmento	Efectividad		Fragmento	Efectividad	
		Ob. 1	Ob.2		Ob. 1	Ob. 1
1	Caso 2 S.8 (4m 36s)	ET	ET	Caso 12 S.5 (2m 33s)	ET	ET
2	Caso 17 S.8 (5m 43s)	ET	ET	Caso 13 S.11 (11m 16s)	ET	ET
3	Caso 17 S.8 (3m 10s)	ET	ET	Caso 13 S.13 (8m 40s)	ET	ET
4	Caso 1 S.6 (47s)	ET	ET	Caso 16 S.7 (16m 37s)	ET	ET
5	Caso 11 S.6 (5m 14s)	EP	EP	Caso 14 S.5 (3m 04s)	EP	ET
6	Caso 13 S.9 (1m 25s)	ET	ET	Caso 14 S.5 (2m 02s)	EP	EP
7	Caso 12 S.4 (2m 28s)	ET	ET	Caso 17 S.8 (3m 10s)	ET	ET
8	Caso 15 S.8 (2m 42s)	ET	ET	Caso 13 S.10 (12m 10s)	F	F
9	Caso 14 S.13 (1m 06s)	ET	ET	Caso 7 S.6 (4m)	EP	EP
10	Caso 17 S.8 (3m 10s)	ET	ET	Caso 4 S.15 (5m 02s)	ET	ET
CCI = 1,00*				CCI = 0,947, F=18,78, p= <0,001		

CCI= Coeficiente de Correlación Interclase; Obs= Observador; ET= Éxito total; EP= Éxito parcial; F= Fracaso.

*Debido a que el determinante de la matriz de covarianzas es 0, SPSS no calcula el valor de la prueba F ni el valor crítico del estadístico (*p*).

4. Análisis de los datos

En último lugar, se procedió al análisis estadístico de los datos tanto con el programa IBM SPSS, como con el GSEQ.

5. RESULTADOS

- Diferencias en el éxito de los debates (hipótesis 1).

En primer lugar, en cuanto a la efectividad de los debates de terapeutas expertos e inexpertos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los debates de éxito parcial y en los debates de fracaso, según la prueba Chi Cuadrado de Pearson, tal y como se muestra en la tabla 7.5. Los expertos tenían más debates categorizados como éxito parcial que los inexpertos y menos debates clasificados como fracaso que los inexpertos. Sin embargo, no hubo diferencias entre los debates

de éxito total. Los residuos estandarizados corregidos permiten apreciar entre qué comparaciones se encuentran las diferencias y cuál es la dirección de la relación; aquellos valores inferiores a -1,96 (relación negativa) o superiores a +1,96 (relación positiva).

Tabla 7.5

Diferencias entre expertos e inexpertos en el éxito de los debates

Éxito del debate	Terapeutas expertos (n=60)			Terapeutas inexpertos (n=53)			χ^2	p
	n	%	R	n	%	R		
Total	37	61,67	-	35	66,04	0,5	6,701	,035
		31,67	0,5		15,09			
Parcial	19	6,67	2,1	8	18,87	-2,1		
Fracaso	4		-2	10		2		

R= residuos estandarizados corregidos

Para conocer las diferencias en la tasa de verbalizaciones del cliente que se aproximan al objetivo de debate (VAT) y que se alejan (VOT), se aplicó el estadístico U de Mann-Witney y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la tasa de VATs de debates de terapeutas expertos e inexpertos ($z=-1,748$, $p= 0.08$); sin embargo, sí se hallaron diferencias estadísticamente significativas en tasa de VOTs ($z= -2,549$, $p= 0,01$) siendo los terapeutas inexpertos los que tienen una tasa mayor de los mismos en sus debates.

- *Diferencias en el grado de guía del debate (hipótesis 2).*

Para conocer las diferencias entre expertos e inexpertos en la emisión de verbalizaciones relacionadas con el grado de guía en debates de éxito total, en primer lugar, se seleccionaron los debates clasificados como éxito total y después se aplicó el estadístico U de Mann-Witney para conocer si existían diferencias en el grado de indicación. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas, siendo los terapeutas expertos los que emitían menos preguntas con un componente de

indicación y los inexpertos los que emiten más preguntas indicando la dirección de la respuesta. Asimismo, para poder interpretar de forma más completa esta hipótesis, también se tuvieron en cuenta el empleo de las preguntas sin indicar y se halló que los inexpertos emitían también más preguntas *sin indicar* la dirección de la respuesta; es decir, los terapeutas inexpertos emiten más preguntas, tanto indicando como sin indicar, que los expertos. En lo que respecta a los tamaños del efecto hallados, medidos según el índice *d* de Cohen, se consideran medianos (entre 0,50 y 0,80), según McGraw & Wong (1992). Por otra parte, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre expertos e inexpertos al dar la verbalización meta al cliente, aunque los terapeutas expertos lo hacen en mayor medida.

En último lugar, en cuanto al uso de explicaciones que acompañan y guían las preguntas de debate, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el uso de estrategias “didácticas” (*explicar, usar analogía, instruir normas de razonamiento*), por parte de terapeutas expertos frente a inexpertos, aunque el tamaño del efecto de dicha relación es considerado pequeño (entre 0,20 y 0,50). En la tabla 7.6 se pueden encontrar recogidos todos los datos relativos a esta segunda hipótesis.

Tabla 7.6

Diferencias entre expertos e inexpertos en la emisión de verbalizaciones relacionadas con el grado de guía en debates de éxito total

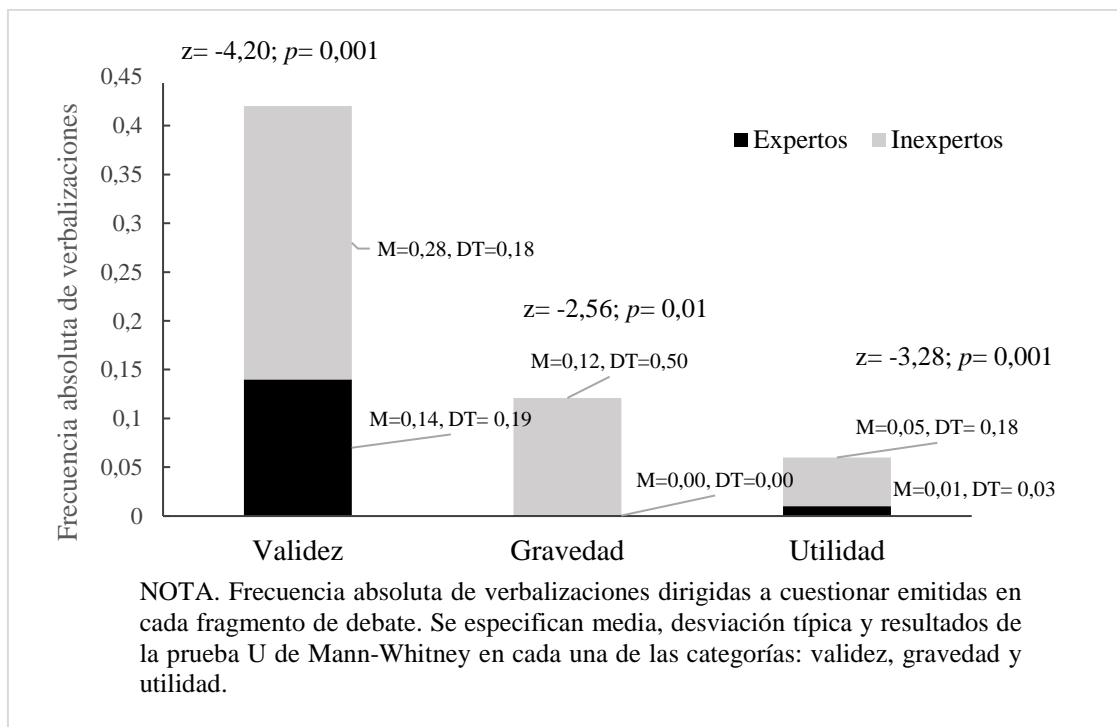
	Terapeutas expertos (n=37)		Terapeutas inexpertos (n=35)		<i>z</i>	<i>p</i>	<i>d de Cohen</i>
	M	SD	M	SD			
Preguntas indicando	0,03	0,03	0,05	0,05	-2,76	0,01	0,63
Preguntas sin indicar	0,24	0,17	0,78	0,43	-3,59	0,00	0,74
Dar verbalización meta	0,09	0,15	0,03	0,05	-1,45	0,15	0,41
Estrategias “didácticas”	0,59	0,23	0,45	0,19	-2,63	0,00	0,32

- *Diferencias en la forma de cuestionar (hipótesis 3)*

Tal y como se puede observar en la Figura 7.1, son los inexpertos los que emplean más preguntas dirigidas a cuestionar validez, gravedad y utilidad, que los expertos y dichas diferencias son estadísticamente significativas, tal y como muestran los valores del estadístico U de Man-Whitney.

Figura 7.1

Diferentes formas de cuestionar en el debate en terapeutas expertos e inexpertos



Por otra parte, para comprobar si los terapeutas seguían algún orden a lo largo del debate en la secuenciación de preguntas, se creó una variable nominal (orden), en la que se clasificó que se seguía un orden siempre que la categoría *validez* apareciese en la primera o segunda parte, pero no en la tercera y, a su vez, *gravedad* y *utilidad* aparecían en la segunda o tercera, pero no en la primera. También se encontró que, aunque la tendencia general no es seguir un orden, los inexpertos lo siguen en mayor medida (15,22%), a diferencia de lo que hacen los expertos (0%), y dichas diferencias

son estadísticamente significativas, tal y como se comprobó a través de la aplicación de la Chi Cuadrado de Pearson ($\chi^2 = 8,45$ $p = 0,04$). Por último, aunque no se planteó como una hipótesis del estudio, se quiso conocer si cuestionar estaba asociado al éxito de los debates. Se encontró, según la prueba Kruskal Wallis, que no había relación entre experiencia y debates de éxito total al cuestionar ($\chi^2 = 2,73$, $p = 0,255$).

- *Diferencias en el uso del componente aversivo de las verbalizaciones del terapeuta (hipótesis 4)*

Se quiso conocer, en primer lugar, si terapeutas expertos e inexpertos empleaban el componente aversivo con la misma frecuencia en los debates, encontrándose que los expertos hacen un uso más frecuente del mismo ($M = 0,67$, $DT = 0,12$) en comparación con los inexpertos ($M = 0,05$ $DT = 0,04$), siendo estas diferencias estadísticamente significativas, tal y como muestran los valores del estadístico U de Mann-Whitney ($z = 1240,5$, $p = 0,01$).

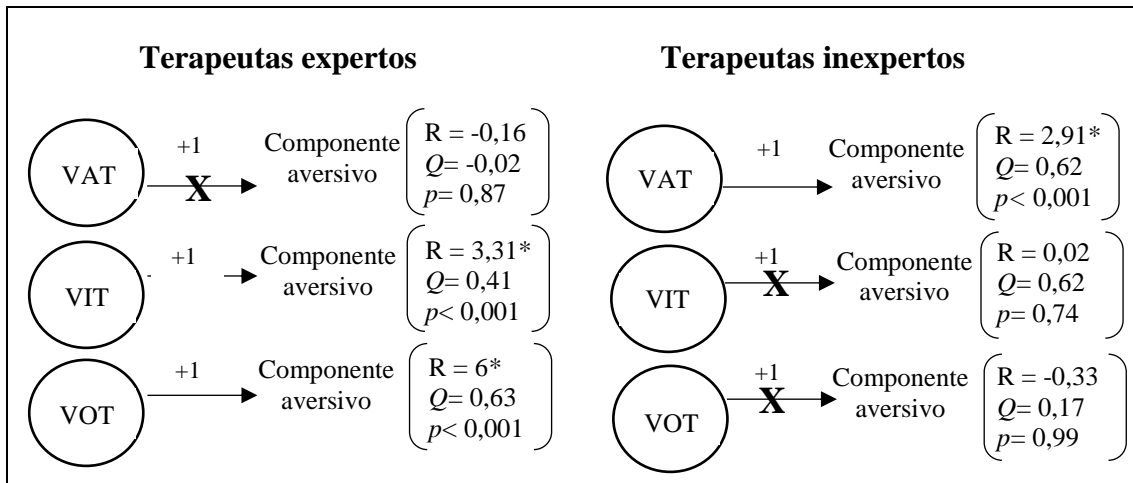
En segundo lugar, a pesar de que no formaba parte de las hipótesis del estudio, se quiso conocer si estas diferencias de uso por parte de expertos e inexpertos se daban en todos los grupos de debate según el éxito de estos, para así poder analizar este patrón de verbalizaciones de la manera más completa posible. Para ello, se seleccionaron los fragmentos de debate clasificados con éxito total, parcial y fracaso y se comparó el uso del componente aversivo en función de la experiencia. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los debates de éxito total, en cuanto a su frecuencia de uso, aplicando nuevamente el estadístico U de Mann-Whitney, ($z = -2,16$ $p = 0,03$). No se encontraron diferencias en los grupos de debate de éxito parcial, ($z = -1,193$, $p = 0,30$), ni de fracaso ($z = -0,93$, $p = 0,63$).

En lo que respecta a las secuencias de interacción entre terapeuta y cliente en el uso del componente aversivo, se empleó el análisis secuencial que permite comprobar si existe relación entre comportamientos que se dan de forma adyacente,

calculando la probabilidad de transición en la que habiendo ocurrido determinada conducta se dé otra conducta antes (retardo positivo) o después (retardo negativo). Así, se analizó la significación estadística asociada a las probabilidades de retardo + 1 entre las conductas dadas del cliente categorizadas como VAT, VOT y VIT y las verbalizaciones del terapeuta con componente aversivo. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas; los terapeutas expertos emplean este componente de forma contingente, después de verbalizaciones del cliente intermedias o que se alejan de los objetivos terapéuticos (VIT y VOT), sin embargo, los inexpertos no sólo no lo emplean después de este tipo de verbalizaciones del cliente, sino que lo emplean después de verbalizaciones del cliente que se aproximan al objetivo de debate (VAT), tal y como puede observarse en la Figura 2.

Figura 2

Diagramas de transición entre el componente aversivo del terapeuta y las verbalizaciones del cliente



NOTA: Q= Q de Yule; R= residuos estandarizados corregidos; p= valor p

*Contingencias significativas

- *Diferencias entre expertos e inexpertos en el uso de analogías y de explicaciones técnicas (hipótesis 5)*

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas por parte de terapeutas expertos e inexpertos en el uso de analogías ($z = -0,74$, $p = 0,476$), verbalizaciones motivadoras ($z = -1,36$, $p = 0,17$), ni explicaciones técnicas ($z = -1,02$, $p = 0,229$). En lo que respecta al análisis secuencial, se estudió si el uso de normas de razonamiento iba seguido de verbalizaciones motivadoras en los debates de éxito total; en el caso de los inexpertos, no se encontró que, con una probabilidad mayor a la esperada por azar, encadenaran dichas secuencias ($R = -0,21$, $p = 0,84^2$); sin embargo, los terapeutas expertos sí lo hacían ($R = 0,16$, $Q = 0,91$, $p = 0,01$).

6. DISCUSIÓN

El presente trabajo ha tratado de mostrar las diferentes formas de debatir de terapeutas expertos e inexpertos, los patrones de verbalizaciones característicos de unos y otros, así como las diferencias en la efectividad de los debates y. Se ha encontrado que los terapeutas expertos tienen menos debates categorizados como fracaso y más debates de éxito parcial que los inexpertos. Tanto terapeutas expertos como inexpertos tienen una tasa similar de verbalizaciones que se aproximan al objetivo de debate, pero los inexpertos suelen tener una tasa de verbalizaciones opuestas a los objetivos de debate mayor que los expertos. La forma de cuestionar de unos y otros es algo distinta, y aunque la tendencia es no emplear un orden en la secuenciación de preguntas, los inexpertos siguen un orden en mayor medida y cuestionan más. Los debates exitosos de unos y otros están marcados por patrones de actuación diferentes: los inexpertos cuestionan más, en general, y emplean más preguntas que indican la dirección de la respuesta que los terapeutas más experimentados. Los expertos, en cambio, dirigen la respuesta empleando en mayor medida un debate didáctico que los inexpertos, y ambos grupos de terapeutas suelen dar la solución o verbalización meta al cliente. El manejo del componente aversivo

² No se pudo calcular el valor de la Q de Yule debido al escaso número de secuencias encontradas.

en el debate es usado con mayor frecuencia por parte de los expertos, además de ser empleado de una manera adecuada, contingente y asociada a debates más exitosos. Las analogías y explicaciones técnicas se emplean con una frecuencia similar por parte de expertos e inexpertos. Se discutirán pormenorizadamente estos hallazgos a continuación.

Tanto terapeutas expertos, como inexpertos tienen debates de éxito total, aspecto en el que la experiencia no parece tener un efecto, a diferencia de lo que habíamos hipotetizado. Sin embargo, los expertos fallan menos, tienen muy pocos debates que fracasen y, en su lugar, sí tienen más debates de éxito parcial. Tampoco hay diferencias con respecto a la tasa de VAT, sin embargo, los debates de los inexpertos contienen más VOT que los debates de los expertos. De esta forma, la hipótesis 1, tanto a como b, quedan confirmadas sólo parcialmente. Parece que el patrón de efectividad de debates en los inexpertos está marcado por debates de éxito o fracaso principalmente; en cambio, los expertos tienen debates de éxito y debates parcialmente exitosos. Podría ser que a pesar de las dificultades que el experto pueda estar encontrando en el cambio de verbalizaciones del cliente, la mayor parte continúe debatiendo y emplee probablemente mejores argumentos y estrategias hasta conseguir una aproximación del cliente. Por su parte, los inexpertos, es posible que llegado cierto punto en el que el cliente no cambia sus verbalizaciones, no tengan recursos para reconducirlo, enseñarle o convencerlo y, por tanto, lo finalicen para retomar en otro momento o decidan aplicar otra estrategia diferente. También es posible que los terapeutas inexpertos tengan menos habilidad para discriminar cuándo dar por finalizado un debate en relación con los avances en las verbalizaciones del cliente, que no identifiquen adecuadamente si sus respuestas pueden ser una aproximación. Parece, en este caso, que la experiencia al menos sí ayuda a cometer menos errores o a fracasar menos. Se encuentra cierto paralelismo con los estudios de resultados de expertos e inexpertos, en los que las diferencias se hallan no tanto en tener más éxito, sino en que los terapeutas expertos tienen menos abandonos (Stein y

Lambert, 1995). A la luz de estos hallazgos, la observación de la actuación de los terapeutas expertos en debates de éxito parcial puede tomarse como modelo para guiar a los terapeutas noveles o en formación, al menos, para conocer las actuaciones que pueden llevarlos a fracasar en menor medida.

Un aspecto controvertido clásicamente en reestructuración cognitiva es si es preferible dar la solución al cliente y enseñarle de forma directa alternativas, a través de un *debate didáctico*, o que pueda descubrirlas por sí mismo guiando poco este proceso a través de un *debate socrático*. Ambos estilos o formas pueden identificarse con cada uno de los “padres” de la reestructuración cognitiva: el debate en el que se señalan claramente los errores en los pensamientos es el estilo propuesto por Ellis, más bien didáctico; y el estilo no confrontador, de descubrimiento guiado mediante debate socrático es el propuesto Beck. Los hallazgos de este trabajo sugieren que terapeutas expertos y terapeutas inexpertos guían al cliente hacia la solución, aunque el método es diferente. Analizando las verbalizaciones de unos y otros en debates que han alcanzado el éxito, los inexpertos tienden a sugerir o indicar la respuesta cuando cuestionan más que los expertos. Tampoco los expertos dan en mayor medida la solución o verbalización final a la que se está tratando de llegar, ambos lo hacen sin diferencias significativas, lo que nos lleva a rechazar la hipótesis 2a. Sin embargo, en los debates exitosos, a diferencia de lo que hacen los inexpertos, los terapeutas expertos emplean más estrategias *didácticas*, más explicaciones, analogías y normas de razonamiento a la hora de cuestionar, una forma de modificar o dirigir la respuesta del cliente, lo que apoya la hipótesis 2b planteada. Probablemente, el entrenamiento y la propia práctica sean fundamentales para debatir con más y mejores argumentos, explicaciones y ejemplos. Sin embargo, es cierto que los argumentos a emplear para enseñar al cliente a razonar de forma más adecuada es algo que no forma parte de la enseñanza y formación de psicólogos. Por otra parte, tampoco conocemos lo suficiente qué función cumplen determinadas verbalizaciones en el cambio de significados del lenguaje, pero, probablemente, ese cambio de significados y, por

tanto, de funciones de la conducta verbal del cliente, venga de la mano de todas estas explicaciones (Froján, Calero, Pardo y Núñez, 2018). Por ejemplo, tomemos la siguiente verbalización: *Eso que estás diciendo no tiene lógica, en una relación como la vuestra, de tantos años, hay muchas cosas a las que os habéis habituado ¿crees que hay otras explicaciones alternativas a lo que dices?* Se está indicando la dirección de la respuesta, pero, además, se están poniendo en marchas estrategias que facilitan otros aprendizajes. A lo largo de nuestra historia de aprendizaje, nuestra comunidad verbal nos enseña que lo que decimos y lo que hacemos ha de ser congruente. Comportarse de forma acorde a las contingencias que verdaderamente imperan en nuestro ambiente ha sido reforzado consistentemente, ser coherente, ser racional. De esta forma, verse a uno mismo realizando una conducta que no se ajusta a las contingencias realmente imperantes o siendo irracional, se ha condicionado de manera aversiva. En terapia, hacemos uso de estos aprendizajes socialmente formados, para emparejar ciertas verbalizaciones del cliente con lo ilógico o incoherente, además de entrenarlo en formas de razonar más eficaces. Así, el terapeuta empareja ciertas verbalizaciones que quiere modificar con algo inadecuado e incoherente. La otra manera, indicar la dirección de la respuesta sin este componente didáctico sería: *¿No crees que existen explicaciones alternativas?* La funcionalidad de estas dos formas de indicar muy probablemente sea distinta, aunque, como se ha mostrado, terapeutas expertos e inexpertos consiguen debates exitosos indicando la dirección. El terapeuta, independientemente de su grado de experiencia guía al cliente hacia la solución: verbaliza directamente la meta e indica al cliente con el contenido de sus preguntas y con la forma de preguntar y cuestionar cuál es la solución. Así, los siguientes pasos en los que avanzar sobre guiar o no guiar probablemente haya que dirigirlos a (1) cómo es exactamente el uso del control antecedente de las verbalizaciones que discriminan la conducta del cliente, es decir, al cómo y porqué, más que a si ha de hacerse o no y (2) si un grado mayor o menor de indicación se traduce en mayor efectividad del debate fuera del contexto clínico.

A la hora de cuestionar, los inexpertos lo hacen en mayor medida y también suelen seguir un orden en la secuenciación de preguntas si se compara con la actuación de los expertos. Estos datos apoyarían la tercera hipótesis planteada e irían en la misma línea de los datos encontrados en un estudio previo de encuesta sobre el uso del debate, en el que también se encontraba que los inexpertos empleaban en mayor medida un orden al cuestionar (Pardo y Calero, 2018). No obstante, ninguna de estas actuaciones (seguir un orden o cuestionar más) se relaciona con debates de éxito total; sin embargo, es posible que los inexpertos lo hagan en mayor medida dado que han sido entrenados recientemente en la aplicación del debate siguiendo las pocas pautas existentes. Recordemos que Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983) habla de tipos concretos de preguntas (validez, gravedad y utilidad) y de ordenarlas cuidadosamente. El estudio citado de encuesta señalaba que más del 80% de los clínicos encuestados habían sido entrenados siguiendo a estos dos autores. Es, por tanto, más probable que los inexpertos tiendan a seguir reglas e instrucciones al aplicar una técnica en sus primeras veces y que, sin embargo, los expertos, a los que la práctica les ha moldeado, no sigan un patrón en la secuencia de preguntas si esto no les ha resultado más efectivo en su historia de aprendizaje de debates realizados. Tal y como indican estos hallazgos, es posible que no sea necesario secuenciar de una manera concreta las preguntas dirigidas a cuestionar e incluso, es posible que ni siquiera las preguntas de gravedad y utilidad sean las más efectivas, pues lo que hacen los expertos es cuestionar fundamentalmente la validez de los planteamientos. Estos hallazgos nos llevan a plantearnos si en el entrenamiento de terapeutas noveles no sería más efectivo enseñarles: (1) conocimientos sobre análisis funcional de la conducta verbal; junto con (2) técnicas de argumentación y lógica para debatir mejor, frente a emplear los modelos de Beck o Ellis que, en definitiva, no son guías acompañadas de evidencia.

En base a los resultados encontrados en este trabajo, podemos confirmar la hipótesis 4 que planteamos: los expertos emplean el componente aversivo en mayor

medida y lo hacen después de verbalizaciones del cliente que quieren reducir o modificar (verbalizaciones intermedias al objetivo de debate o claramente opuestas). En lo que respecta a la frecuencia de uso, se quisieron conocer las diferencias existentes según el éxito y según la experiencia y se encontró que en los debates de éxito total era donde se encontraban las diferencias en la frecuencia de uso de expertos e inexpertos. En lo que respecta a la interacción, lo que resulta muy llamativo es que los inexpertos lo emparejen a verbalizaciones adaptativas del cliente. Existen varias hipótesis que pueden explicar este llamativo dato. Es posible que los inexpertos no estén sabiendo discriminar que dichas verbalizaciones suponen una aproximación, lo que podría indicar que uno de los aspectos que quizá se aprendan con la práctica es el de identificar, adecuadamente y en cada instante, cuándo el cliente emite ciertas verbalizaciones que se aproximan al objetivo de debate o que se alejan. Esta tarea de identificación y decisión en apenas unos segundos sobre lo que el cliente está diciendo, quizá requiera todo un aprendizaje en discriminación al que los terapeutas expertos se han visto expuestos. Este argumento iría en la línea de lo planteado sobre que los terapeutas inexpertos fracasan más y tienen menos debates de éxito parcial porque quizá no estén identificando bien cuando las verbalizaciones del cliente son intermedias, opuestas o de aproximación y esto influya en no terminar en el momento apropiado el debate.

Además de todos estos aspectos, el uso del componente aversivo en terapia, desafortunadamente, no goza de buena fama. Fuera del ámbito del análisis de conducta, es frecuente que los psicólogos desconozcan el significado o uso técnico del término castigo y lo relacionen, sencillamente, con estimulación aversiva y respuestas de malestar y sufrimiento. De hecho, en Psicología, el castigo se entiende como un procedimiento a evitar, a pesar de ser una concepción que no se sustenta en datos científicos, y tampoco sus aplicaciones han sido comúnmente investigadas (Froján, Galván, Izquierdo, Ruiz y Marchena, 2015). Debido a todos los mitos que suelen acompañar a este procedimiento, es posible que se entrene escasamente a lo

largo de la formación de los Psicólogos, de forma que es posible que los inexpertos tengan cierto temor a usarlo porque, efectivamente, no se vean hábiles para hacerlo adecuadamente y también por miedo a que sus clientes puedan tener una reacción negativa. Este uso inadecuado puede que los lleve a ser menos eficaces en la reducción o cambio de ciertas verbalizaciones que van en contra de los objetivos terapéuticos en el debate, a diferencia de los expertos que lo usan hábilmente, fruto del moldeamiento por su práctica clínica más extensa.

Por último, tanto los expertos como los inexpertos emplean las analogías y explicaciones técnicas con una frecuencia no significativamente dispar en debates de éxito total, lo que nos lleva a rechazar la hipótesis 5(a) planteada. Se planteó esta predicción dado que consideramos ambas estrategias especialmente relevantes para la modificación de la funcionalidad de las verbalizaciones del cliente y que quizá requiriese una mayor dificultad que se adquiriese con la práctica. Sin embargo, es posible que la clave en el uso de las estrategias se encuentre no tanto en su frecuencia de uso, tal y como han ido mostrando los hallazgos descritos en este trabajo, sino en aspectos específicos de la interacción, en el modo concreto en el que se usa. En esta línea, los resultados permiten confirmar la hipótesis 5 (b) planteada, dado que los debates exitosos de los terapeutas expertos sí están caracterizados por cadenas de instrucciones y verbalizaciones motivadoras a diferencia de lo que ocurre con los debates de los inexpertos. Tal y como se ha mostrado en estudios de instrucciones (De Pascual y Trujillo, 2018; Marchena, 2017), cuando éstas van acompañadas de verbalizaciones motivadoras, su seguimiento es más probable fuera del contexto clínico. Tiene sentido que los terapeutas expertos hayan sido reforzados al emitir de esta forma las instrucciones por un mayor seguimiento de las mismas por parte de los clientes y es un patrón que se está mostrando consistente tanto cuando se analiza el proceso terapéutico de forma global, como es el caso de los estudios citados, como cuando se estudia su aplicación para procedimientos mucho más específicos, como es el caso del debate.

Como se mostró en la introducción, cuando se realizan análisis gruesos sobre la experiencia en la eficacia diferencial de la terapia, sistemáticamente, se halla un efecto nulo, sin embargo, cuando se realizan análisis más finos se empiezan a encontrar resultados. Creemos que éste es el caso del presente estudio, en el que la especificidad del mismo, el tipo de análisis sobre la actuación específica de los clínicos, así como los principios teóricos que guían el mismo, permiten hallar diferencias concretas que quizá de otra manera no se harían visibles, lo que consideramos un punto fuerte el diseño de este trabajo. Se ha realizado un estudio enmarcado en la investigación de procesos, centrado en un procedimiento específico de la terapia y no en la eficacia de dicho procedimiento de manera aislada, sino en relación con la interacción verbal entre terapeuta y cliente, analizando el uso diferencial de verbalizaciones específicas, así como su posible funcionalidad. Además, consideramos que se ha realizado un análisis integral de la efectividad, pues no sólo se ha estudiado el éxito, sino también el fracaso y los debates de éxito intermedio, junto con otros indicadores relevantes como la tasa de verbalizaciones del cliente que se aproximan o que se alejan del objetivo de debate; y todo ello permite encontrar otros hallazgos y llegar a conclusiones más precisas. Que la experiencia moldea nuestras actuaciones es algo difícilmente cuestionable, el reto quizá es saber dónde mirar y controlar las variables que influyen. Retomando las aportaciones de la APA (2006) sobre la idoneidad del estudio de la actuación de los terapeutas expertos para guiar las actuaciones que contribuyen a hacer intervenciones más eficaces, los datos de este estudio pueden conformar una guía sobre cómo debatir en reestructuración cognitiva. Si analizamos la conducta verbal de los expertos y la tomamos como modelo a seguir, quizá ello no nos lleve a ser más exitosos, pues esto no es lo que hemos contrastado aquí, pero al menos sí a fracasar menos en el debate y conseguir interacciones que discriminen respuestas de aproximación en el cliente.

Con lo encontrado en este trabajo, tomando como modelo a los terapeutas expertos, podemos plantear una breve guía para la aplicación del debate: (1) Emplear

el uso del componente aversivo (ejemplos extremos, ironía...) con frecuencia en el debate y de manera contingente a aquellas verbalizaciones que sean objeto de modificación; (2) realizar un debate cargado de explicaciones, analogías, normas de razonamiento (debate “didáctico”) más adaptativas como forma de guiar la respuesta del cliente; (3) Acompañar las instrucciones sobre cómo razonar de verbalizaciones motivadoras en las que se realiza una descripción de las consecuencias que seguirán a la conducta. Todas estas indicaciones se enmarcarían y unirían a las indicadas en estudios previos a éste (Froján y Calero, 2011), en los que se ha planteado los pasos para un adecuado moldeamiento verbal.

Los resultados expuestos han de tomarse con cautela, teniendo en cuenta las limitaciones de este estudio. Por una parte, tal y como se ha indicado, la comparación de resultados según el nivel de experiencia es más clara cuanto mejor se especifiquen y controlen variables del terapeuta (Leon et al., 2005). Así, en este trabajo hubiese sido deseable especificar y controlar más el tipo de formación de los terapeutas analizados y el tipo de experiencia concreta, no sólo medida en años de práctica, sino también en carga de casos y especialización por áreas clínicas, etc. Otra de las mejoras a considerar para futuros trabajos es conocer si el éxito de los debates en consulta también se traduce en un cambio de la conducta del cliente fuera de sesión, pues el objetivo de esta técnica y de la terapia, en general, es el cambio de la función de las verbalizaciones del cliente; no sólo para se asocien a otra respuesta emocional más adecuada, sino para que discriminen otras respuestas en el cliente en su contexto natural.

El presente estudio es el primero que se conoce hasta el momento en el que se analiza de forma comparativa la actuación de terapeutas expertos e inexpertos en la técnica de reestructuración cognitiva. Los hallazgos aquí expuestos suponen una aportación hacia la creación de una guía basada en la evidencia empírica sobre cómo debatir en reestructuración cognitiva, algo especialmente útil en una técnica de tan compleja aplicación (Bados y García, 2010) y que conlleva tanto tiempo dominar

(DeRubeis et al., 2009). También, este estudio supone un paso más en la clarificación de los procesos o mecanismos implicados en el cambio clínico en la reestructuración cognitiva. En relación con esto, más allá de conocer más sobre la reestructuración cognitiva, pretendemos haber contribuido con nuestro trabajo a fomentar el estudio de los mecanismos de cambio en terapia desde el análisis de conducta y la investigación de procesos de aquellas técnicas que son empleadas por los clínicos, aunque hayan nacido en enfoques teóricos alejados, pues los principios de aprendizaje operan en cualquier caso y consideramos valioso pararse a descubrirlos o traducirlos.

7. REFERENCIAS

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Bados, A. y García, E. (2010) La técnica de reestructuración cognitiva. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona*, 15. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Bakeman, R. (2000). Behavioural observation and coding. En H. T. Reis, y C. M. Judd (Eds.), *Handbook of research methods in social and personality psychology* (pp. 138-159). Cambridge: Cambridge University Press.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Nueva York: Hoeber.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer (Trabajo original publicado en 1979).
- Beutler, L. E. (1997). The psychotherapist as a neglected variable in psychotherapy: An illustration by reference to the role of therapist experience and training.

- Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(1), 44- 52. doi:10.1111/j.1468-2850.1997.tb00098.x
- Calero A., Froján, M. X., Ruiz, E. M., y Alpañés, M. (2013). Descriptive study of the socratic method: evidence for verbal shaping. *Behavior therapy*, 44(4), 625-638. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2013.08.001>
- Calero-Elvira, A. (2009). Análisis de la interacción entre terapeuta y cliente durante la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva. (Tesis doctoral no publicada). Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, Spain.
- Calero-Elvira, A., Froján-Parga, M. X., Ruiz-Sancho, E. M., & Vargas-de la Cruz, I. (2011). ¿Qué hace el psicólogo cuando aplica la técnica de reestructuración cognitiva? *Revista Mexicana de Psicología*, 28,133–150.
- Clark, G. I., & Egan, S. J. (2015). The Socratic method in cognitive behavioural therapy: A narrative review. *Cognitive Therapy and Research*, 39(6), 863–879. doi:10.1007/s10608-015-9707-3
- De Pascual Verdú, R., y Trujillo Sánchez, C. (2018). A study of the relation between motivational utterances and instruction compliance in psychological therapy. *Revista Clínica Contemporánea*, 9(2), 1-11.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., ... Gallop, R. (2005). Cognitive Therapy vs Medications in the Treatment of Moderate to Severe Depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 409. doi:10.1001/archpsyc.62.4.409
- Ellis, A. y Grieger, R. (1989). *Manual de terapia racional-emotiva* (Vol. 1). Bilbao: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1977).
- Froján M. X. y Calero, A. (2011). Guía para el uso de la reestructuración cognitiva como un procedimiento de moldeamiento. *Psicología conductual*, 19(3), 659-682
- Froján Parga, M. X., Galván Domínguez, N., Izquierdo Alfaro, I., Ruiz Sancho, E., & Marchena Giráldez, C. (2015). Análisis de las verbalizaciones

- desadaptativas del cliente y su relación con las verbalizaciones punitivas del terapeuta: un estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 39. doi:10.33776/amc.v39i0.2541
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 1–11. doi:10.1037/cou0000131
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Fawcett, J., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Zajecka, J., ... Gallop, R. (2014). Effect of Cognitive Therapy With Antidepressant Medications vs Antidepressants Alone on the Rate of Recovery in Major Depressive Disorder. *JAMA Psychiatry*, 71(10), 1157. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.1054
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., ... Gallop, R. (2005). Prevention of Relapse Following Cognitive Therapy vs Medications in Moderate to Severe Depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 417. doi:10.1001/archpsyc.62.4.417
- James, I. A., & Morse, R. (2007). The use of questions in cognitive behaviour therapy: Identification of question type, function and structure. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(4), 507-511. doi:10.1017/s135246580700375x
- Landis, J. R. y Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174. doi:10.2307/2529310
- Leon, S. C., Martinovich, Z., Lutz, W., & Lyons, J. S. (2005). The effect of therapist experience on psychotherapy outcomes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(6), 417–426. <https://doi.org/10.1002/cpp.473>
- Mahoney, M. J. y Arnkoff, D. B. (1978). Cognitive and self-control therapies. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2ª ed., pp. 689-722). Nueva York: Wiley.

- Mahoney, M. J. y Arnkoff, D. B. (1978). Cognitive and self-control therapies. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2ª ed., pp. 689-722). Nueva York: Wiley.
- Marchena Giráldez, C. A. (2017). Estudio de las instrucciones durante la interacción terapéutica. Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España.
- McGraw, K. O., & Wong, S. P. (1992). A common language effect size statistic. *Psychological bulletin*, 111(2), 361. doi:10.1037/0033-2909.111.2.361
- Norton, P. J., Little, T. E., & Wetterneck, C. T. (2014). Does Experience Matter? Trainee Experience and Outcomes During Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Group Therapy for Anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(3), 230–238. doi:10.1080/16506073.2014.919014
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D., & Vermeersch, D. A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1157–1172. doi.org/10.1002/jclp.20272
- Overholser, J. C. (1993a). Elements of the socratic method: I. Systematic Questioning. *Psychotherapy*, 30, 67-74. doi:10.1037/0033-3204.30.1.67
- Overholser, J. C. (1993b). Elements of the socratic method: II. Inductive Reasoning. *Psychotherapy*, 30, 75-85. doi:10.1037/0033-3204.30.1.75
- Pérez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pisano, G.P., Bohmer, R.M.J., & Edmondson, A.C. (2001). Organizational differences in rates of learning: Evidence from the adoption of minimally invasive cardiac surgery. *Management Science*, 47(6), 752–768. doi:10.1287/mnsc.47.6.752.9811

- Poppen, R. L. (1989). Some Clinical Implications of Rule-Governed Behavior. En S. C. Hayes (Ed.), Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control (pp. 325-357). Nueva York: Plenum Press.
- Quera, V. (1997). Los métodos observacionales en la Etología. En F. Peláez y J. Veà (Eds.), Etología. Bases biológicas de la conducta animal y humana (pp. 43-83). Madrid: Pirámide.
- Skinner, B. F. (1963). Behaviorism at fifty. *Science*, 140, 951-958. doi:10.1126/science.140.3570.951
- Stein, D. M., & Lambert, M. J. (1995). Graduate training in psychotherapy: Are therapy outcomes enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 182-196. doi: 10.1037/0022-006X.63.2.182
- Vila, J. (1997). Los efectos de la terapia de conducta. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 50(4), 503-511.
- Walsh, L. M., Roddy, M. K., Scott, K., Lewis, C. C., & Jensen-Doss, A. (2018). A meta-analysis of the effect of therapist experience on outcomes for clients with internalizing disorders. *Psychotherapy Research*, 1–14. doi:10.1080/10503307.2018.1469802

CAPÍTULO 8

ESTUDIO EMPÍRICO IV *Moldeamiento verbal durante la interacción* *psicoterapéutica: Un análisis experimental* *del debate socrático*

1. RESUMEN

Se ha sugerido que el debate socrático podría explicarse como un procedimiento de moldeamiento, sin embargo, los análisis conceptuales y descriptivos disponibles no han sido seguidos de análisis experimentales. El objetivo de este trabajo es comprobar experimentalmente que uno de los procesos de aprendizaje del debate puede ser el moldeamiento verbal y contrastar si esta forma de aplicación es más efectiva y eficiente que otras. En el estudio participaron tres adultos que recibieron tratamiento psicológico por diferentes problemáticas en una clínica universitaria de Psicología de la Comunidad de Madrid. Se utilizó un diseño experimental de línea base múltiple, como elemento control de la variable

dependiente y con tratamiento multi-elemento comparado como elemento de control de la variable independiente. Asimismo, se empleó observación conductual para analizar la conducta verbal durante el debate y se registraron la duración y el número de debates socráticos realizados, el éxito de los debates, y la tasa verbalizaciones que se acercan al objetivo terapéutico por minuto. Se realizó una evaluación de preferencias de verbalizaciones para emplear como reforzadores en la fase experimental y se controló la integridad del procedimiento. Los resultados muestran que la aplicación del debate a través del reforzamiento diferencial de aproximaciones sucesivas a una clase de conductas objetivo producía un cambio en las verbalizaciones disfuncionales del cliente que la condición de reforzamiento diferencial terminal no producía.

Palabras clave: moldeamiento verbal, debate socrático, estudio experimental de caso único, metodología observacional, contexto clínico.

2. ABSTRACT

It has been suggested that the Socratic questioning could be explained as a shaping process. However, the conceptual and descriptive analysis available have not been followed by experimental analysis. The objective of this work is to verify experimentally that one of the learning processes of the debate could be verbal shaping and to test out if this method of application is more effective and efficient than other methods. Three adults who received psychological treatment participated in the research. A multiple baseline experimental design was used as a control element of the dependent variable and a multi-element treatment compared has been used as an element of control of the independent variable. Likewise, behavioral observation was used to analyse verbal behavior during the debate and the duration and number of Socratic questioning, the success of the debate and the rate of verbalizations that approach the therapeutic goal per minute were recorded. An

evaluation of verbalization preferences was conducted to use as reinforcers in the experimental phase and the procedure integrity was controlled. The results show that applying the debate through differential reinforcement of successive approximations to target behaviors produced a modification in the client's dysfunctional verbalizations that the condition of terminal differential reinforcement did not produce.

Keywords: verbal shaping, Socratic questioning, single case experimental study, observational methodology, clinical setting.

3. INTRODUCCIÓN

Presumiblemente las terapias psicológicas, independientemente del enfoque teórico en el que se hayan desarrollado, emplean principios de aprendizaje que explican sus efectos. Al margen de los conocimientos que los terapeutas tengan sobre los mismos o de la técnica o actuación terapéutica concreta que se esté aplicando, en la interacción verbal entre terapeuta y cliente se pondrán en marcha una serie de principios de aprendizaje, responsables de la eficacia diferencial de unas u otras actuaciones en el cambio clínico. Es por esto que encontramos que el avance en la investigación en psicoterapia pasa por conocer en profundidad lo que ya se usa y se ha demostrado eficaz y los principios que lo explican. Desde nuestro punto de vista, la comprensión de estos fenómenos ha de realizarse en base a los principios de aprendizaje subyacentes mediante el análisis y la metodología del análisis de conducta. Dentro del análisis de conducta, el análisis aplicado de conducta (ACA), ha sido descrito como la ciencia en la cual los procedimientos derivados de los principios de comportamiento basados en la investigación experimental se aplican sistemáticamente para mejorar el comportamiento socialmente relevante y para demostrar experimentalmente que los procedimientos empleados son los responsables de los cambios (Cooper, Heron y Heward, 2017). El ACA se caracterizó

en sus inicios por ser aplicado, conductual, analítico, tecnológico, conceptual, efectivo y capaz de generalizar resultados de manera apropiada (Baer, Wolf y Risley, 1968). Su tecnología conductual se ha aplicado a diferentes ámbitos como la educación, las organizaciones o la salud, entre otras, si bien es cierto que ha crecido extensamente en el ámbito de la discapacidad y de los trastornos del desarrollo, con un menor interés en otros ámbitos (Peña, 2016).

A pesar de haberse dirigido en gran medida a una población específica, las aportaciones del ACA han sido muy numerosas y su potencial tecnológico y conceptual para aplicarse al estudio del comportamiento humano es indudable, por lo que su expansión a más ámbitos, como el contexto clínico, es necesario. Tal y como sugieren Virués-Ortega y Froján (2014) las psicoterapias conductuales podrían verse favorecidas por la transferencia de resultados de investigación experimental con personas con trastornos del desarrollo. En dicho trabajo, los autores plantean que, aunque ya existen diferentes aproximaciones conductuales a la terapia psicológica con adultos que han extendido el análisis verbal operante y han hecho relevantes aportaciones, tales como la terapia de aceptación y compromiso o la psicoterapia analítico funcional, estas aproximaciones presentan también aspectos susceptibles de mejora. Por una parte, aunque han aportado numerosos estudios de resultados, apenas han incorporado estudios de procesos que permitan comprender los mecanismos del cambio clínico. Por otra parte, la psicoterapia analítico funcional en particular, a pesar de haber señalado el moldeamiento verbal en la interacción terapéutica como un elemento clave para el cambio, no ha aportado análisis experimentales que apoyen dicho planteamiento.

El moldeamiento es un procedimiento que puede emplearse tanto para modificar algún parámetro de una conducta, como para generar o reestablecer comportamientos. En la literatura científica, numerosos estudios experimentales han demostrado el funcionamiento de este procedimiento en muy diversos contextos y aplicaciones. El estudio clásico de Isaacs, Thomas y Goldiamond (1960) mostró

cómo se podía moldear la topografía de la conducta verbal de una persona con mutismo diagnosticada de esquizofrenia, a través del reforzamiento diferencial de aproximaciones sucesivas hasta conseguir que volviera a hablar y a mantener conversaciones. En el tratamiento de fobias específicas, existen estudios experimentales que han mostrado que el moldeamiento es más efectivo incluso que otros procedimientos como la desensibilización sistemática para reducir conductas de evitación (Barlow, Agras, Leitenberg, Wincze, 1970). También existen trabajos que muestran la aplicación del moldeamiento en personas con trastornos del desarrollo, por ejemplo, para el aumento de la ingesta de comida (Hodges, Davis, Crandall, Phipps, y Weston, 2017) o para el incremento del volumen de voz en la mejora de conductas de socialización (Jackson y Wallace, 1974). Se han descrito aplicaciones para el manejo del consumo de sustancias (Epling y Bradshaw, 1974; Preston, Umbricht, Wong y Epstein, 2001); incluso la aplicación del moldeamiento se ha planteado en ámbitos como la robótica, tal y como mostraba el modelo de Saksida, Raymond y Touretzky (1997) y más recientemente, también se está estudiando a través del uso de modelos computacionales, cuáles son las características del moldeamiento que generarán de manera óptima el comportamiento final en aplicaciones de medicina conductual (Berardi et al., 2018).

En lo que respecta al contexto clínico, la importancia de la conducta verbal es innegable. Como se ha descrito, es a través de los procesos que tienen lugar en esta interacción verbal donde se encuentran mecanismos de cambio relevantes. Diversos autores como Kohlenberg y Tsai, (1991) o Follette, Naugle y Callaghan (1996), han realizado propuestas conceptuales sobre el proceso terapéutico en las que describen el cambio en terapia como un moldeamiento que se da a través de la interacción verbal entre terapeuta y cliente. Desde esta perspectiva, el terapeuta aplicaría reforzamiento diferencial a los comportamientos del cliente que se van aproximando progresivamente a conductas más adaptativas. El estudio de Ruiz, Froján y Calero (2013) evidenciaba esta misma hipótesis mediante un estudio observacional en el que

encontraban secuencias de interacción donde el terapeuta, a través del moldeamiento, facilitaba comportamientos más adaptativos o “proterapéuticos” en el cliente que iban aumentando a lo largo del proceso terapéutico.

El estudio de las principales técnicas empleadas específicamente en terapia para la modificación de la conducta encubierta o “cognitiva” puede aportar importantes claves sobre las actuaciones más efectivas para modificar las verbalizaciones desadaptativas del cliente. La técnica por excelencia para la modificación de la conducta “cognitiva” es la reestructuración cognitiva, y el debate socrático el elemento central de ésta (Beck, 1967; Ellis y Grieger, 1989/1977). La reestructuración cognitiva recoge estrategias de intervención centradas en la identificación y sustitución de los pensamientos desadaptativos que le generan malestar al cliente por otros más adaptativos, reduciéndose así el malestar que éstos causaban (Bados y García, 2010). De acuerdo con Martin y Pear (2007), las técnicas cognitivas abordan la conducta verbal encubierta e implican los mismos principios de aprendizaje que cualquier otra técnica no denominada cognitiva, de hecho, desde el Análisis de Conducta, la reestructuración cognitiva y, en particular, el debate socrático se ha conceptualizado como una modificación de las reglas desadaptativas del cliente por otras más adaptativas a través del moldeamiento verbal (Pérez, 1996).

El planteamiento teórico sobre el debate como moldeamiento verbal comenzó a contrastarse empíricamente en un estudio de la interacción verbal en terapia en reestructuración cognitiva desde el análisis funcional de la conducta verbal mediante metodología observacional (Calero, Froján, Ruiz y Alpañés, 2013). En este trabajo, los autores analizaron la interacción verbal entre terapeuta y cliente en el debate socrático encontrando que, en el debate, el terapeuta va dirigiendo la modificación del comportamiento verbal del cliente desde verbalizaciones desadaptativas a verbalizaciones cada vez más adaptativas, a través del reforzamiento diferencial de las verbalizaciones que se aproximan al objetivo terapéutico y extinguiendo y castigando aquellas que se van alejando del mismo. Tal y como apuntan Froján y

Calero (2011), considerar el debate como un proceso de moldeamiento verbal facilita que se puedan realizar análisis experimentales de los procesos que lo sustentan y contribuir a la mejora de la efectividad de esta técnica al conocer y manejar las leyes de aprendizaje que lo explican. Sin embargo, aún no se ha conseguido comprobar de forma experimental que éste sea uno de los procesos que se dan al aplicar el debate socrático en terapia.

Además de la recuperación e incorporación, en la comprensión del fenómeno clínico, del análisis operante de la conducta verbal y de las investigaciones sobre análisis experimental del comportamiento en humanos, consideramos indispensable incorporar también la metodología experimental de caso único en el contexto clínico para volver a unir, como en los inicios de la terapia de conducta, la investigación experimental y la práctica clínica. Según Smith (2012), el inicio de los estudios experimentales de caso único en Psicología se remonta a los fundadores del campo: Fechner (1889), Watson (1925) y Skinner (1938), siendo empleados para el desarrollo de teorías, el estudio del comportamiento de los organismos o para el establecimiento de la efectividad de los tratamientos psicológicos. Este tipo de estudios son el método de investigación por excelencia en el Análisis Aplicado de Conducta, sin embargo, son escasamente empleados en la evaluación de tratamientos en psicoterapia, donde se ha priorizado la comparación de grupos a gran escala (Rizvi y Ferraioli, 2012). Los diseños grupales se suelen valorar superiores porque minimizan, aunque no eliminan, las amenazas de validez interna; sin embargo, las amenazas a la validez externa son considerables y, en la comparación de tratamientos por grupos, es posible que no aparezcan o no se tengan en cuenta las diferencias individuales entre los sujetos, puesto que cada uno tiene su propia historia de aprendizaje, personalidad y variables disposicionales propias (Arias, Fernández y Perona, 2000). Por su parte, Sidman (1960) planteó que los hallazgos de las investigaciones de comparaciones de grupo, al no reflejar las diferencias individuales, no aportan datos que puedan ser lo suficientemente generalizables. Así, existen diversas razones para considerar los

estudios experimentales de caso único como un método de evaluación del cambio riguroso y metodológicamente consistente: las dimensiones responsables de las diferencias individuales pueden explorarse de manera sistemática y proporcionar una manera de evaluar el cambio y el impacto de las intervenciones para cada individuo que, además, puede explicar mejor por qué funciona o no funciona una intervención (Smith, 2012).

El presente estudio tiene dos objetivos, el primero es demostrar experimentalmente si, tal y como se ha hipotetizado en un plano teórico y empírico mediante metodología observacional, uno de los procesos de aprendizaje implicados en la aplicación de la técnica del debate socrático es el moldeamiento verbal. El segundo objetivo es comprobar si el debate socrático es más efectivo y eficiente para el cambio de verbalizaciones desadaptativas del cliente, cuando es aplicado mediante moldeamiento verbal. Se plantean las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1. La aplicación contingente del reforzamiento diferencial a las sucesivas aproximaciones (RDA) del cliente al objetivo de debate:

- a) Aumentará la frecuencia de aparición de verbalizaciones de aproximación al objetivo de debate (VAT), por lo que su tasa será mayor.
- b) Reducirá las verbalizaciones irracionales por escenario presentado.

Hipótesis 2. En la condición de aplicación del RDA:

- a) Habrá más debates clasificados como éxito total (según la escala de efectividad EVED-RC).
- b) Habrán sido necesarios menos debates para llegar a la clase de conducta final y su duración total en minutos, también será menor.

4. MÉTODO

Participantes

Participaron tres adultos que solicitaron tratamiento psicológico en una clínica universitaria en el área metropolitana de Madrid. Como parte del protocolo del centro, un terapeuta realizaba una pre-evaluación antes del inicio de la intervención psicológica para conocer el objetivo de consulta del cliente, así como para asignar el caso al terapeuta más adecuado. En dicha pre-evaluación se evaluó si los participantes cumplían los requisitos para la participación en la presente investigación. Los participantes que cumplían los criterios de inclusión fueron admitidos consecutivamente al estudio. Los criterios de inclusión fueron especificados previamente:

1. No presentaban riesgo que requiriese una atención intensiva: ideación suicida, conductas autolesivas, alucinaciones, delirios, trastornos alimentarios graves o agresiones.
2. El motivo de consulta por el que acudían guardaba relación con problemas de estado de ánimo o ansiedad y se identificaba en la pre-evaluación que los clientes presentaban verbalizaciones irracionales frecuentes que deberían ser objeto de tratamiento.

La intervención psicológica completa fue llevada a cabo por dos psicólogos sanitarios. El terapeuta 1 contaba con 7 años de experiencia clínica continuada y el terapeuta 2 contaba con 4 años de experiencia clínica. Ambos tenían una orientación cognitivo conductual y poseían una formación especializada de postgrado en Psicología Clínica y de la Salud. Ambos terapeutas desconocían las hipótesis y objetivos del estudio. Las sesiones de terapia, dentro de las que se hallaban las sesiones experimentales, tenían una duración de 50 minutos y una periodicidad

semanal, excepto cuando las necesidades clínicas del caso demandaban espaciar más de una semana las sesiones.

Todos los participantes firmaron un consentimiento informado para la participación en este estudio, así como para la grabación de las sesiones. El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid. En la tabla 8.1 se pueden consultar las principales características de los participantes y de la intervención psicológica que recibieron.

Tabla 8.1

Características de los participantes y de la intervención psicológica.

Sujeto	Edad	Sexo	Motivo de consulta	Técnicas de intervención empleadas	Duración terapia (sesiones)
1	26	Hombre	Ansiedad y dificultades sociales	Reestructuración cognitiva, exposición y entrenamiento en habilidades sociales	20
2	23	Hombre	Bajo estado de ánimo y desorientación vital	Reestructuración cognitiva, activación conductual y exposición	21*
3	26	Mujer	Bajo estado de ánimo y ansiedad	Reestructuración cognitiva, exposición, activación conductual y técnicas autocontrol emocional	23*

NOTA. *Continúa en tratamiento.

Medidas de respuesta, integridad de procedimientos y acuerdo entre observadores:

Se evaluaron las siguientes respuestas:

Número de debates socráticos. Se evaluó el número de episodios de debate que fueron necesarios en cada condición experimental, hasta conseguir reducir las verbalizaciones irracionales presentadas en cada escenario por debajo del 25% con

respecto al inicio en dos sesiones consecutivas (cómo máximo 1 de los 8 escenarios evaluados). Los debates socráticos son episodios intraverbales que comprenden interacciones ininterrumpidas entre terapeuta y cliente alrededor de una verbalización desadaptativa que el terapeuta está tratando de modificar (por ejemplo, a modo de resumen: C: *Pensé que como salió por la noche seguro me iba a ser infiel*; T: *¿Por qué crees que por salir por la noche tiene más posibilidades de ser infiel?*; C: *porque bebe y controla menos*; T: *Pero si una persona no te gusta y no es tu intención, el alcohol da igual, no lo iba a hacer en ningún caso*; C: *Bueno, es verdad*).

Duración de los debates socráticos. Se midió en minutos. El terapeuta verbalizaba de manera explícita el inicio y el final de cada debate (*Vamos a comenzar a discutir algunos pensamientos irracionales y Eso es todo por hoy sobre estos pensamientos*). Los debates terminaban, bien cuando se hubiera alcanzado el éxito en el mismo o bien pasados 20 minutos desde su inicio.

Número de debates exitosos. La escala de efectividad verbal del debate socrático: *EVED- RC* de Calero-Elvira et al. (2013), que posee niveles adecuados de confiabilidad ($ICC^1 = 0.89$; $p = 0.001$) se usó para clasificar el nivel de efectividad de cada debate socrático. El debate socrático es *completamente exitoso* cuando el paciente expresa una verbalización que se acerca a los principales objetivos del debate al menos una vez de manera enfática (por ejemplo, "sí, definitivamente") y sin contradicción posterior, o más de una vez de manera no enfática y sin contradicción posterior. Es *parcialmente exitoso* cuando el cliente expresa una verbalización que se aproxima a uno de los objetivos principales del debate socrático, pero lo hace una vez de una manera no enfática sin una posterior contradicción, o más de una vez de una manera no enfática que luego se contradice, o una vez en una manera enfática que

¹ Índice de correlación intraclase (Shrout y Fleiss, 1979).

luego es contradicha por otra de las verbalizaciones del paciente. Finalmente, el debate es un *fracaso* cuando ninguna de las verbalizaciones del paciente se aproxima a los objetivos terapéuticos, o la verbalización del cliente se aproxima al objetivo terapéutico una vez de una manera no enfática, seguido posteriormente por una contradicción.

Tasa de Verbalizaciones que se aproximan al objetivo de debate. Se registró el número de verbalizaciones de los clientes que se aproximaban al objetivo terapéutico del debate socrático (VAT) por minuto en un debate. Utilizamos el sistema de categorías *SISC-COT* (Calero-Elvira et al., 2011; Calero-Elvira et al., 2013) para clasificar cada una de las verbalizaciones del cliente según su grado de aproximación a los objetivos del debate socrático. Este sistema ya ha mostrado una fiabilidad adecuada (el porcentaje de acuerdo entre observadores oscila entre 60% y 86%; los valores de Kappa de Cohen van de 0,488 a 0,71, $p < .01$). Las categorías del sistema son: *VAT*: cualquier verbalización que se aproxime al objetivo terapéutico del debate socrático; *VOT*: cualquier verbalización que se aleje del objetivo terapéutico del debate socrático y *VIT*: cualquier verbalización neutral o intermedia con respecto al objetivo terapéutico del debate socrático.

Verbalizaciones irracionales. El terapeuta del caso, guiado por el investigador, realizaba una evaluación de las verbalizaciones irracionales o desadaptativas del cliente después de cada sesión experimental. Se presentaba una hoja en la que se describían una serie de escenarios o estímulos antecedentes potenciales de las verbalizaciones desadaptativas y el cliente debía marcar aquellas verbalizaciones irracionales que tuviera en su día a día. Se usaron situaciones relevantes para la vida del cliente, que potencialmente evocaban verbalizaciones irracionales; el cliente había hecho referencia a dichas situaciones o a otras similares en el autorregistro o en la entrevista durante la fase de evaluación. Todos los escenarios guardaban relación con el mismo tipo de verbalizaciones irracionales que

se pretendían modificar con el debate. La tabla 8.2 presenta ejemplos de escenarios de uno de los participantes.

Tabla 8.2

Ejemplo de algunos escenarios presentados por área problema e instrucciones.

<p>“A continuación, se presentan una serie de situaciones hipotéticas y de pensamientos que quizá te podrían generar dichas situaciones. Tras leer cada uno, marca en la columna de la derecha SÍ en caso de que consideres que pudieras tener un pensamiento como el que se describe en esa situación”.</p>	
<p><u>Escenarios área familiar:</u></p>	<p>Estás en casa, comentas que estás agobiada porque has discutido con tu pareja. Tu madre no dice nada. Piensas: <i>Una madre debería interesarse y apoyar siempre a sus hijos.</i></p>
<p>Verbalizaciones irracionales sobre lo que una madre o un padre “debería” ser.</p>	<p>Le cuentas a tu padre que tienes que hacer un trabajo difícil para clase y una exposición. Tu padre te dice que no te va a salir bien, que seguramente no puedas con ello. Piensas: <i>Un buen padre debe apoyar siempre a sus hijos y no puede ser negativo.</i></p>
	<p>En casa le cuentas a tus padres un problema que tienes con tus amigas de clase y que te preocupa. Tu madre te dice que vaya tontería y tu padre no te hace demasiado caso. Piensas: <i>Esto no es normal, unos padres deberían escuchar a su hija.</i></p>

Acuerdo inter-observadores. Participaron dos observadores expertos en la codificación de la conducta verbal que habían recibido formación en metodología observacional de más de 100 horas (ninguno de ellos era el terapeuta que atendía a los clientes). El observador principal, que también era el experimentador, era un clínico, candidato a doctorado con un máster en psicología clínica y con 8 años de experiencia clínica. El observador 2, ciego a los objetivos e hipótesis del estudio, era un psicólogo sanitario con formación de Máster en Psicología Clínica y de la Salud y con dos años de experiencia clínica. Las observaciones de las grabaciones se realizaron retrospectiva e inmediatamente después de cada sesión experimental. Se

calculó el porcentaje de acuerdo (PA) Inter observador e intra observador utilizando una ventana de tolerancia de dos segundos y también se empleó el índice de fiabilidad Kappa de Cohen, que permite corregir el posible efecto de azar (Cohen, 1960). Se sometió a fiabilidad inter e intrajuez en torno al 20% de las sesiones experimentales de cada caso, distribuidas uniformemente en las fases y condiciones del experimento. En el sujeto 1 la fiabilidad inter-observador fue calculada sobre el 23% de las sesiones, el PA medio fue de 83% (69,23%-100%) y el índice Kappa de 0,79 (0,61-1,00); la fiabilidad intra-juez se calculó sobre el 20% de sesiones: PA= 89% (81,82%-100%) y Kappa= 0,87 (0,78-1,00). Para el sujeto 2 la fiabilidad inter-observador fue calculada sobre el 18% de las sesiones: PA = 73% (67,5% 78,7%) y Kappa= 0,64 (0,60-0,67) y la fiabilidad intra-juez sobre el 18% de sesiones (PA= 85% (80%-88,89%) y Kappa= 0,81 (0,76-0,86)). Por último, en el sujeto 3 la fiabilidad inter-observador fue calculada sobre el 25,92% de las sesiones: PA= 74% (68,42-79,31%) y Kappa= 0,66 (0,59-0,71) y la fiabilidad intra-juez sobre el 22% de sesiones: PA= 86% (82%-92%) y Kappa= 0,82 (0,76-0,89). Según Bakeman (2000) y Landis y Koch (1977) se pueden clasificar los valores de Kappa en pobres cuando son valores inferiores a 0,40; razonables entre 0,40 y 0,60; buenos entre 0,60 y 0,75 y excelentes cuando los valores son superiores a 0,75; por lo que los valores de fiabilidad de este estudio son todos buenos o excelentes.

Instrumentos

Las sesiones se grabaron en circuito cerrado de cámaras con la cámara parcialmente oculta para minimizar la interferencia con las sesiones de terapia. El comportamiento verbal del cliente y del terapeuta durante el debate socrático se registró con el programa The Observer XT (versión 12.5 Noldus Information Technology Inc., Leesburg, Virginia), así como el cálculo de la fiabilidad entre observadores.

Integridad del procedimiento. Para verificar que el tratamiento se implementó según lo diseñado y para prevenir las posibles desviaciones terapéuticas, se llevó a cabo el procedimiento para garantizar la integridad del tratamiento que se

describe a continuación. En primer lugar, se crearon definiciones técnicas y operativas de las condiciones de tratamiento y especificaciones sobre su aplicación, que pueden consultarse en la tabla 8.3. En segundo lugar, el experimentador entrenó al terapeuta en diferentes condiciones de tratamiento mediante el Modelo de capacitación del personal basado en la evidencia (Parsons, Rollyson, y Reid, 2012) en diferentes pasos: Describiendo la habilidad objetivo; Proporcionando una breve descripción escrita de la habilidad objetivo, Demostrando la habilidad objetivo, Entrenando la práctica de la habilidad objetivo, Proporcionando retroalimentación sobre el rendimiento durante la práctica y repitiendo los pasos de la práctica de la habilidad objetivo y el *feedback* para dominar las habilidades. En tercer lugar, para controlar que la condición de tratamiento se implementaba adecuadamente, los observadores evaluaron el comportamiento verbal del terapeuta y el cliente durante una fase pre-experimental en la que el terapeuta implementaba el tratamiento en un ensayo de *role-playing*. Antes de comenzar la fase experimental, se verificó que se cumplía el siguiente criterio secuencial: los VAT del cliente iban seguidos por reforzamiento del terapeuta en, al menos, el 70% de las interacciones en la condición de reforzamiento de aproximaciones sucesivas. Para la condición de reforzamiento diferencial terminal (RDT), los VAT del cliente no debían ser seguidos por un reforzamiento del terapeuta en el 70% de las interacciones. Luego, en una fase experimental, los observadores continuaban observando la interacción terapeuta-cliente para evaluar que el tratamiento se aplicaba correctamente cumpliendo estos criterios. La codificación del comportamiento verbal del terapeuta y del cliente siguió los sistemas de categorías desarrollados en nuestro trabajo anterior. El sistema de categorías del terapeuta (Calero-Elvira, 2009; Calero-Elvira et al., 2011; Froján-Parga et al., 2008; Virués-Ortega, Montaña-Fidalgo, Froján-Parga y Calero-Elvira, 2011; Calero -Elvira et al., 2013) se usó para clasificar cada una de las expresiones terapéuticas durante el debate socrático. Ha mostrado un nivel adecuado de acuerdo entre evaluadores (porcentaje de acuerdo entre observadores de 71% a 82%, kappa

de Cohen de 0,.65 a 0,.76, $p < .01$ -ver Bakeman, 2000; Bakeman, Quera, McArthur y Robinson, 1997, para criterios estándar-). El sistema original, SISC-CVT, comprendía una variedad de categorías, pero para los objetivos del presente estudio nos centramos en: discriminativo y reforzamiento. Discriminativo es una verbalización del terapeuta, generalmente una pregunta que evoca la respuesta del cliente (verbal o no). Reforzamiento es una verbalización realizada por el terapeuta que muestra aprobación, acuerdo y / o aceptación de la conducta del paciente. Se puede encontrar una versión completa de las descripciones del sistema de categorías en Virués-Ortega et al. (2011). En relación con el comportamiento del cliente, utilizamos el sistema de categorías: SISC-COT mencionado anteriormente.

Tabla 8.3

Especificación de la aplicación de las condiciones experimentales

Debate socrático por RDA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las verbalizaciones desadaptativas se identifican previamente al debate y, en cada debate, se elige una verbalización inadaptada específica. 2. Antes de comenzar el debate, el terapeuta planifica la verbalización del objetivo final y define las posibles aproximaciones sucesivas y las dimensiones de las respuestas objetivo. 3. Durante el debate, el terapeuta aplica reforzamiento diferencial para las respuestas verbales del cliente que comparten una dimensión determinada (VAT), y no se refuerza las respuestas que no cumplen la dimensión preestablecida (VOT).
Debate por RDT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las verbalizaciones desadaptativas se identifican previamente al debate y en cada debate se elige una verbalización inadaptada específica para el debate. 2. Antes de iniciar el debate, el terapeuta planifica la verbalización del objetivo final. 3. Durante el debate, el terapeuta no usa reforzamiento hasta que el cliente emita la verbalización de la meta final.

Diseño

Utilizamos un diseño experimental de caso único combinado. El primer elemento de control experimental fue un diseño de línea base múltiple entre sujetos no concurrente que consistió en la asignación aleatoria de cada uno de los tres participantes a una línea base de diferente duración. Debido a las restricciones de acceso a los participantes, la diferencia de duración de la línea base fue de dos y cuatro sesiones con respecto de la línea base de menor duración. En este caso, el control experimental demostrado por las líneas de base presentes en el diseño depende de la inmediatez del efecto de la intervención sobre la variable dependiente (Virues-Ortega et al., 2016). De forma paralela, evaluamos el efecto de la variable independiente mediante una manipulación multi-elemento presente en todas las fases del experimento y que consistió en alternar sesiones de moldeamiento verbal con sesiones de RDT. Por último, añadimos un tercer elemento de control experimental consistente en la adición de una fase de cruce o *crossover* con la que se deseaba obtener una replicación intrasujeto del efecto de la intervención mediante moldeamiento verbal. Durante la fase de cruce, una vez verificada la ausencia de efecto de la condición de RDT en la fase precedente, se exponían ambos tipos de verbalizaciones irracionales a la condición de moldeamiento verbal.

Procedimiento

Evaluaciones previas a la intervención. En primer lugar, el psicólogo coordinador de la Clínica Universitaria evaluó que los participantes cumplieran con los criterios durante la entrevista de admisión y luego asignó los casos a un terapeuta que había recibido la formación por parte del experimentador, de acuerdo con el modelo de capacitación del personal basado en la evidencia (Parsons et al., 2012). Antes de comenzar el experimento, se identificaron, mediante evaluación de preferencias, verbalizaciones que el terapeuta usaría más adelante durante el debate socrático como posibles reforzadores durante el proceso de moldeamiento. Se utilizó

un procedimiento de estímulo pareado, según Chazin y Ledford, 2016, para evaluar la preferencia por 4 clases de elogios verbales, según dos dimensiones: especificidad verbal (alta y baja); e intensidad (alta y baja), en aspectos verbales y prosódicos. Estas dimensiones se combinaron obteniendo como resultado: alta especificidad y alta intensidad ("¡Esto que dices es fantástico! ¡Piensa que así te sentirás increíblemente mejor!"); alta especificidad y baja intensidad ("Esto que dices es cada vez más racional, es mejor"); baja especificidad y alta intensidad ("¡Excelente!") y baja especificidad y baja intensidad ("Bueno"; "De acuerdo"). En cada prueba, el terapeuta presentó un par de elementos y la instrucción "elige el que más te guste" y el participante verbalizaba el ítem preferido. Todos los pares de ítems se presentaron dos veces, con posiciones izquierdas y derechas alternadas, y no se observó evidencia de sesgo de posición para ningún participante.

Línea Base. Se crearon varios escenarios para medir la presencia o ausencia de verbalizaciones desadaptativas o irracionales. Se identificaron en cada participante dos áreas problema con verbalizaciones irracionales diferenciadas (por ejemplo: verbalizaciones irracionales en el área familiar sobre lo que una madre o un padre debería hacer y verbalizaciones irracionales en el área social sobre anticipaciones de rechazo y abandono). Para cada área de verbalizaciones desadaptativas se creó un banco con múltiples escenarios relevantes para el cliente, que habían sido identificados durante la evaluación psicológica. En cada medida de la línea de base se presentaban al azar 4 escenarios por cada área, en todos los clientes. Cuando se evaluaron tres o cuatro puntos de observación de línea base y considerando que los niveles de verbalizaciones irracionales eran altos, comenzó la fase experimental.

Condición de reforzamiento diferencial terminal (RDT). Con respecto a los procedimientos experimentales, ambas condiciones se implementaron alternativamente y en momentos diferenciados y espaciados de una misma sesión de terapia o en sesiones de terapia distintas. En el caso del primer y tercer participante, las condiciones experimentales se aplicaron en dos momentos diferenciados de una

sesión de terapia. En el caso del segundo participante, tan sólo se pudo aplicar un debate (una condición experimental) por cada sesión de la terapia, por dos razones, una fue que cada debate tenía una duración excesivamente amplia (aunque siempre cumpliendo la condición de 20 minutos como máximo) y la otra razón fue relativa a cuestiones clínicas por las que el resto del tiempo de la sesión debía dedicarse a otras áreas problemáticas no relacionadas con las verbalizaciones irracionales. Igualmente, se aplicaron de manera alterna cada una de las condiciones. El objetivo era reducir los posibles efectos de la generalización de la condición de RDA a la otra condición. Para cada cliente se eligieron dos temas de verbalizaciones irracionales, lo más distantes posibles entre sí, también con este objetivo de evitar la posible generalización del aprendizaje de una condición a la otra. Cada área se asignó de forma aleatoria a una condición experimental. En esta condición experimental el terapeuta fue entrenado para aplicar el debate socrático sin proporcionar *feedback* a las respuestas del cliente, excepto cuando el cliente llegaba a la verbalización final (planificada previamente por el terapeuta). En este caso, el terapeuta aplicaba reforzamiento verbal en una sola ocasión, de uno de los estímulos preferidos por el cliente. Con respecto a las otras estrategias comúnmente utilizadas en el debate socrático, por ejemplo: hacer preguntas, proporcionar explicaciones o argumentos, se mantuvieron de manera similar en ambas condiciones y proporcionadas por el mismo terapeuta para controlar tanto como fuera posible otras variables extrañas que podrían afectar a los resultados del debate. En lo que respecta a otras estrategias comúnmente aplicadas en reestructuración cognitiva, como experimentos conductuales o registro de pensamientos irracionales y de pensamientos racionales (registro ABCDE), se mantuvo similar en ambas condiciones: si no se aplicaba en una de ellas, no se aplicaba en la otra y viceversa.

Condición de reforzamiento diferencial de aproximaciones (RDA). El terapeuta fue entrenado para aplicar el debate socrático a través del RDA verbales del cliente al objetivo de debate. Cuando el cliente emitía VAT, el terapeuta reforzaba

estas verbalizaciones, en al menos el 70% de los casos, con el reforzador verbal elegido por el cliente. También se aplicaba RDT cuando el cliente llegaba a la verbalización meta. En ambas condiciones experimentales, los escenarios (4 por cada área, 8 en total) se presentaron al azar después de cada debate en todos los clientes. Estos podrían ser escenarios que no se habían presentado previamente o escenarios ya presentados, porque se utilizó una estrategia de selección aleatoria. La condición experimental finalizó cuando el cliente marcó, en dos ocasiones consecutivas, el 25% (1 de 4 escenarios) o menos de las clases de verbalizaciones irracionales en los escenarios.

Fase de cruce. En aquellos sujetos en los que se identificara la ausencia de efecto de la condición de RDT en la fase anterior, ambos tipos de verbalizaciones irracionales se sometían a la condición de RDA. El criterio para pasar a la fase de cruce fue que hubiera varias medidas de datos (rango entre 3 y 5) consecutivas en las que no se encontrara ningún efecto en las verbalizaciones sometidas a RDT, a la vez que sí se estuviera produciendo un efecto en las verbalizaciones sometidas a RDA.

Seguimiento. Cuando finalizó la condición experimental, la terapia continuó su curso habitual y se continuaron las medidas de respuesta con el objetivo de verificar que los cambios se mantuvieran en el tiempo. Después de la última sesión experimental, las respuestas se midieron a los 15 días tras finalizar el experimento.

5. RESULTADOS

Tras las medidas de la línea base se comenzaron a aplicar las dos condiciones experimentales. En todas las sesiones experimentales, excepto en una, se cumplieron las condiciones preestablecidas de aplicar RDA el 70% de las ocasiones o más y no aplicar RDA en la condición de RDT en el 30% o menos de las ocasiones. En la tabla 8.4 se puede ver de forma detallada el grado de cumplimiento de ambas condiciones

de tratamiento por parte de los terapeutas en los tres participantes, así como el número de sesiones que tuvieron lugar por cada condición.

Tabla 8.4

Porcentaje de verbalizaciones que se aproximan al objetivo terapéutico reforzadas por el terapeuta.

Sujeto 1		Sujeto 2		Sujeto 3	
RDT	RDA	RDT	RDA	RDT	RDA
0%	75%	0%	75%	0%	78,6%
14,29%	85,71%	0%	66,7% *	0%	100%
0%	100%	0%	85,71%	30%	70%
28,5%	100%	0%	100%	4,6%	85,7%
0%	75%	0%	70%	0%	75%
0%	75%		100%	10%	71,4%
28,5%	100%			10%	87,5%
0%	85,71%				75%
	100%				71,4%
	100%				88,8%
	80%				73,33%
	100%				100%
	100%				88,8%
	100%				100%
	100%				88,8%
	90%				75%
	75%				88,8%
	100%				88,8%
					83,3%
					75%

Nota: RDA = Reforzamiento diferencial de aproximaciones; RDT= Reforzamiento diferencial terminal.

*Sesión experimental en la que no se cumple la condición experimental (< de 70% de VAT reforzados).

En el sujeto 1, la condición de RDA se aplicó para el área de pensamientos sobre miedos a que sensaciones o cambios físicos desconocidos fuesen signo de enfermedad o muerte. La condición de RDT se aplicó para el área de pensamientos irracionales sobre anticipaciones de rechazo, fracaso y miedo a no parecer interesante en interacciones sociales. En el segundo sujeto, la condición de RDT se aplicó a

pensamientos irracionales relacionados con responsabilidad excesiva de su actuación sobre el comportamiento de otros y culpa y la condición de RDA se aplicó al área de pensamientos irracionales relacionados con el miedo a ser rechazado y decepcionar a otras personas. En el caso del tercer sujeto, la condición de RDA se aplicó para el área de pensamientos sobre la familia con respecto a cómo una buena madre o un buen padre debería comportarse con su hija. La condición de RDT se aplicó para los pensamientos del área social y de pareja sobre el miedo a infidelidad y la traición.

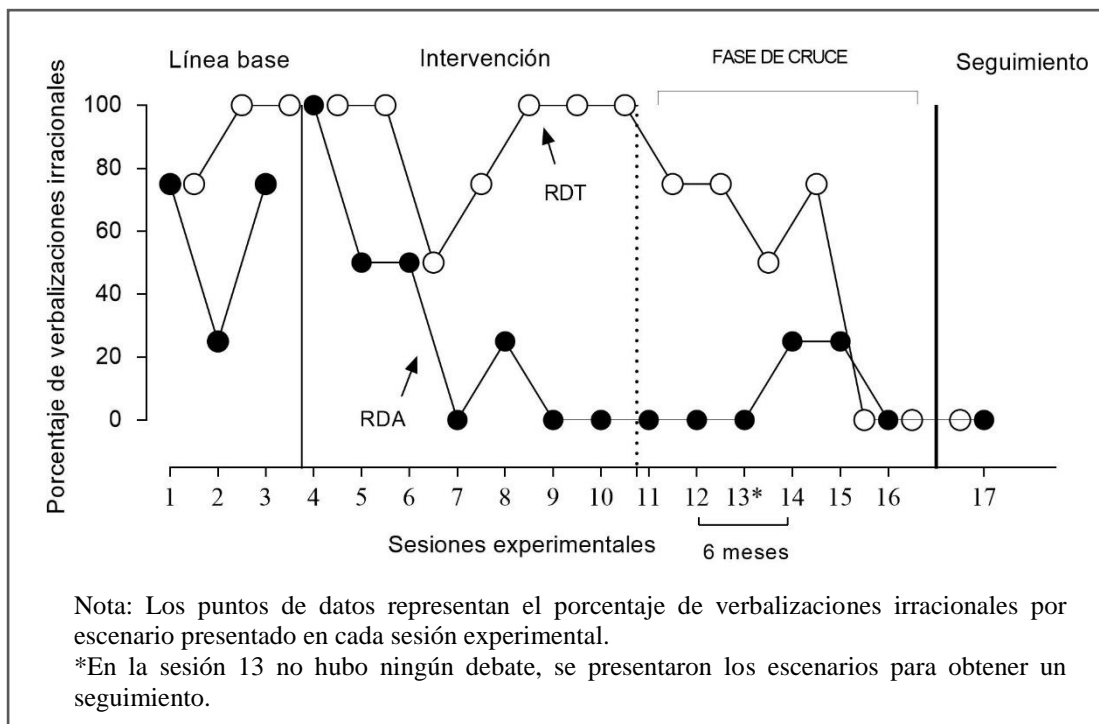
La fase de cruce fue implementada en los participantes 1 y 3, que fueron quienes cumplieron el criterio para el cambio de fase dado que se estaba verificando el nulo o escaso efecto de la condición de reforzamiento diferencial terminal, mientras que sí se estaba produciendo un efecto significativo en las verbalizaciones sometidas a reforzamiento de aproximaciones sucesivas.

Es importante señalar que siempre, en todos los participantes, se evaluaban verbalizaciones irracionales por escenario presentado independientemente de que hubiera tenido lugar un debate de cada condición o sólo de una de ellas. Tal y como se muestra en la Figura 8.1, en el primer sujeto después de 7 debates en la condición de RDT, tan sólo se vieron dos cambios en las verbalizaciones irracionales y, además, dichos cambios no se mantuvieron, mientras que sí existían un efecto en la condición RDA, que estaba suponiendo un cambio más rápido y duradero. Las sesiones tuvieron que ser interrumpidas, por cuestiones ajenas a aspectos clínicos y experimentales, durante un intervalo de 6 meses, tiempo en el cual se hizo un seguimiento, sin condición experimental, de los pensamientos irracionales por escenario presentado. A lo largo del experimento se aplicaron los dos debates de cada condición en cada sesión, excepto en las sesiones 15 y 16 en las que no hubo ninguna verbalización irracional sobre la que debatir de esa condición. En total, se aplicaron 26 debates, de los cuales 8 se realizaron en la condición de reforzamiento diferencial terminal y 18 en condición de reforzamiento diferencial de aproximaciones. Hicieron falta 5 debates en condición de RDA para reducir a cero los pensamientos irracionales

marcados en los escenarios, sin embargo, tras 7 debates aplicando la condición de RDT, el participante seguía marcado el 100% de los pensamientos irracionales por escenario presentado. La duración media de los debates en la condición de RDT fue de 10 minutos y 17 segundos y en el caso de RDA fue de 5 minutos 47 segundos. Todos los debates fueron clasificados como éxito total para ambas condiciones. Por último, la tasa de VAT por minuto fue de 0,92 en la condición de reforzamiento de aproximaciones y de 0,76 en la condición de reforzamiento diferencial terminal.

Figura 8.1

Evolución de las respuestas del sujeto 1 en las condiciones experimentales

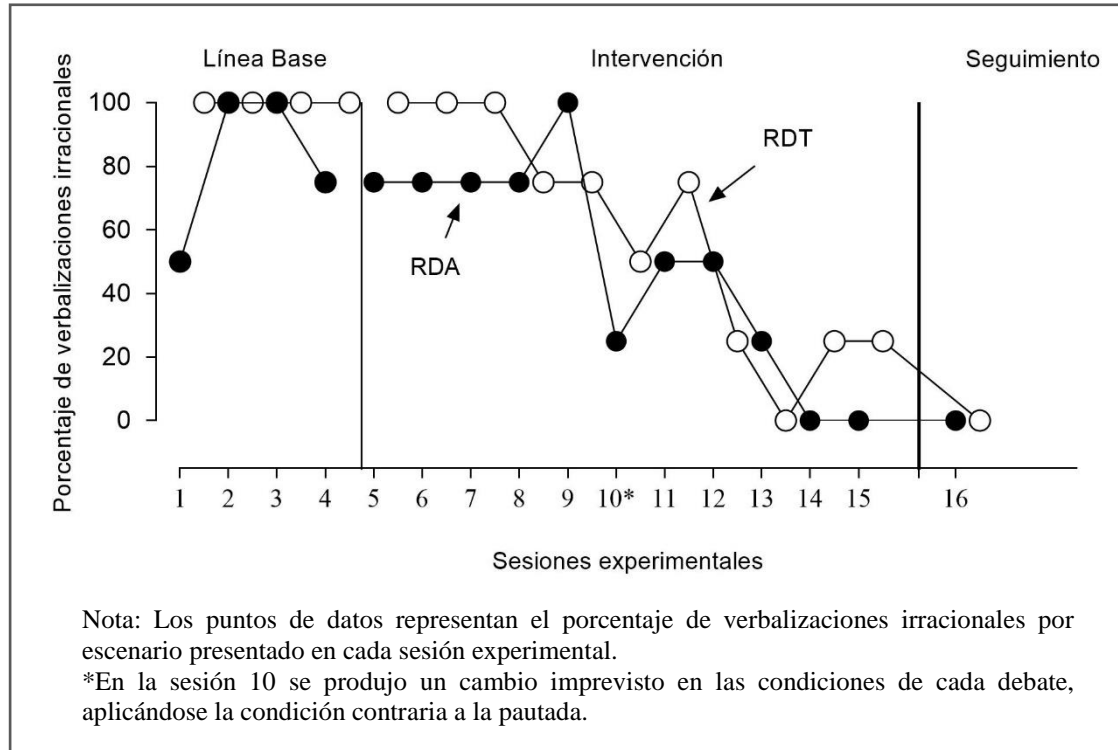


En el caso del segundo participante, tal y como se puede ver en la Figura 2, ambas condiciones estaban funcionando de manera muy similar. La sesión 10 no cumplió las condiciones experimentales establecidas, dado que el terapeuta aplicó reforzamiento diferencial de aproximaciones a pensamientos que se habían asignado a la condición de reforzamiento diferencial terminal. En cada sesión experimental se

aplicaba tan sólo un debate, igualmente, se evaluaba tras cada sesión el cambio en ambas áreas de verbalizaciones irracionales. El número de debates total fue de 11; 6 de ellos en la condición de RDA y 5 de ellos en la condición de RDT; la duración media de los primeros fue de 10 minutos y 55 segundos y de los segundos de 8 minutos y 55 segundos. En la condición de RDA se encontraron 2 debates de éxito total, 2 debates de éxito parcial y 1 debate de fracaso. En la otra condición fueron 3 debates de éxito total, 2 debates de éxito parcial y 1 de fracaso. Fueron necesarios 5 debates en la condición de RDT y 6 en la de RDA para no marcar verbalizaciones irracionales, no obstante, la estabilidad de esta respuesta fue mayor en la condición de RDA, pues fue seguida de otras 3 ocasiones consecutivas más con cero verbalizaciones irracionales marcadas. La tasa de VAT por minuto fue de 0,56 en la condición de RDA y de 0,78 en la de RDT.

Figura 8.2

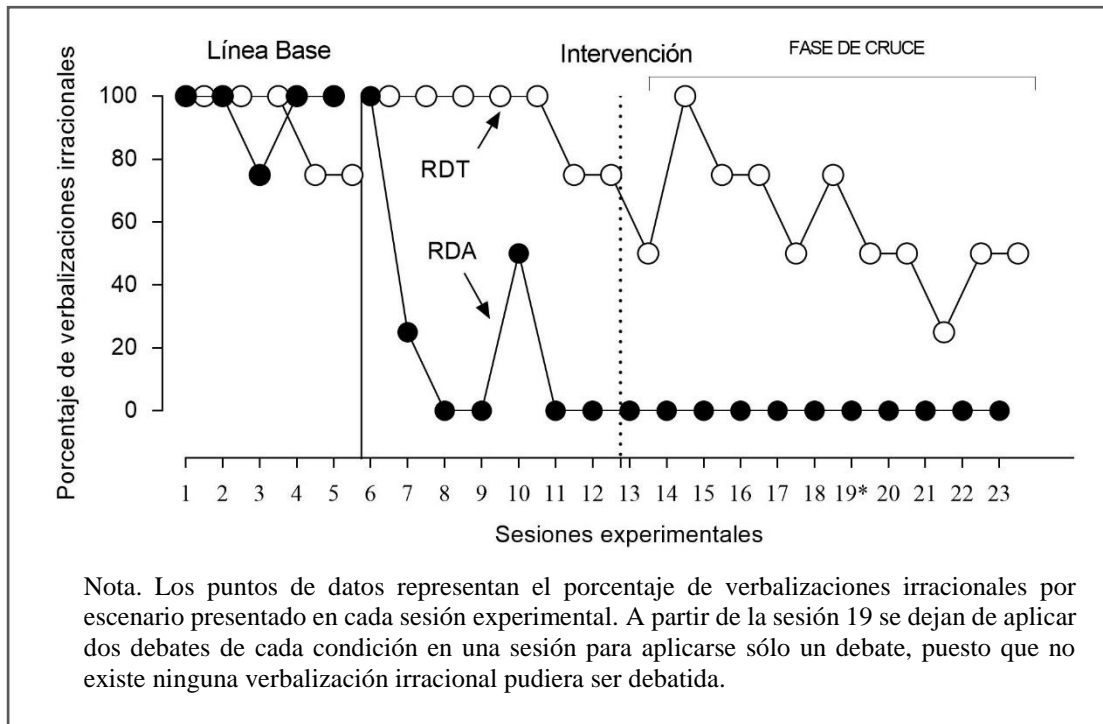
Evolución de las respuestas del sujeto 2 en las condiciones experimentales



Por su parte, el cambio en el tercer participante fue marcado. A partir de la sesión 19, tan sólo se aplicó debate a los pensamientos sobre el área social y de pareja dado que los del área familiar (asignado a RDA) habían sido modificados por completo de tal forma que no había posibilidad de hacer un debate. Incluso, en las sesiones experimentales 17 y 18, aunque se aplicó debate para este tipo de pensamientos, fue más bien un repaso de ideas ya debatidas pues la participante verbalizaba no pensar ya de esa manera. En la Figura 8.3 se puede observar la evolución del cambio del tercer participante.

Figura 3

Evolución de las respuestas del sujeto 3 en las condiciones experimentales



En total, tuvieron lugar 26 debates; 20 en la condición de RDA y 6 en la de RDT. La duración media de los primeros fue de 4 minutos 33 segundos y de los segundos de 5 minutos 20 segundos. Todos los debates fueron clasificados como éxito total. Por último, la tasa de VAT para la condición de RDA sucesivas fue de 2,25 por minuto y para RDT fue de 1,71 por minuto. Fueron necesarios 2 debates de

RDA para que lograr un efecto en las verbalizaciones irracionales, y 5 para que dicho efecto fuera mantenido; sin embargo, tras 7 debates en la condición de RDT, el participante continuaba marcando el 75% de los pensamientos irracionales presentados en los escenarios.

En la fase de cruce, la clase de verbalizaciones que previamente se debatió sin reforzamiento de aproximaciones sucesivas, al hacerlo mediante RDA empiezan a reducirse progresivamente, apreciándose un patrón de cambio diferente con respecto a la fase anterior. No se pudo dar por finalizado el experimento en este participante porque se tuvo que suspender temporalmente el experimento por cuestiones clínicas que requirieron una atención central en otros aspectos de la vida de la persona no relacionados con los temas de debate.

6. DISCUSIÓN

En esta investigación se ha estudiado por primera vez, de forma experimental y en el contexto clínico, el moldeamiento verbal en el debate en reestructuración cognitiva. Los resultados han arrojado que cuando el debate se aplica mediante el RDA se reducen antes las verbalizaciones irracionales objeto de modificación, la tasa de verbalizaciones que se aproximan al objetivo de debate es mayor y la duración de los debates es algo menor que cuando se aplica únicamente reforzamiento diferencial terminal. También se ha contrastado que las condiciones de aplicación del debate estudiadas no parecen afectar al éxito de estos. Se discutirán a continuación estos hallazgos con detenimiento.

Con respecto a la primera hipótesis planteada, el primer apartado predecía que la aplicación contingente del reforzamiento verbal diferencial a las sucesivas aproximaciones verbales del cliente aumentaría la frecuencia de aparición de verbalizaciones de aproximación al objetivo de debate; encontramos que así fue, se dio una tasa superior de VAT en dos de los tres participantes cuando el debate se

aplica con RDA, en comparación a cuando se aplica sólo a la verbalización terminal. En lo que respecta a la segunda sección de esta hipótesis sobre la reducción de las verbalizaciones irracionales por escenario presentado, se encontró que cuando se aplicaba RDA, en dos de los tres sujetos, las verbalizaciones irracionales se reducían, a diferencia de cuando se aplicaba sólo el reforzamiento diferencial terminal. Además, en ambos casos, cuando se cambia la condición que no estaba suponiendo un cambio en las verbalizaciones irracionales del cliente a la condición de RDA, empiezan a reducirse progresivamente dichas verbalizaciones, observándose un patrón de cambio claro con respecto a la condición anterior. De esta forma, podemos considerar que nuestros hallazgos apoyan la confirmación de la primera hipótesis y son compatibles con que el debate pueda ser explicado en base a un proceso de moldeamiento verbal, tal y como habían indicado tanto estudios conceptuales (Pérez, 1996), como estudios empíricos observacionales (Calero et al., 2013). En estos últimos se observaba un debate más efectivo cuando el terapeuta actuaba de forma contingente con las verbalizaciones que emitía el cliente, reforzando aquellas que se aproximaban a los objetivos de debate y extinguiendo o castigando aquellas que se alejaban.

En relación con la segunda hipótesis planteada sobre la eficiencia y efectividad del debate, se ha mostrado cómo la aplicación del debate mediante RDA conseguía finalizar debates con éxito en menos tiempo, tanto en el primer, como en el tercer participante. La diferencia de tiempo se aprecia especialmente en el sujeto 1, en el que la condición de RDT casi duplica el tiempo de la condición de aproximaciones sucesivas. En el sujeto 3 la diferencia de duración de los debates es más reducida que en el anterior caso. En el sujeto 2, la duración de los debates iba en la dirección contraria, es decir, algo más largos, como media, la duración de los debates de RDA. En lo que respecta al éxito de los debates, en la condición de aplicación del RDA no se encontraron más debates de éxito total que en la condición de RDT. De esta forma, la segunda hipótesis se confirma parcialmente. Evaluando de forma integral los

hallazgos encontrados con respecto a la eficiencia, se encuentra que eran necesarios menos debates para conseguir una reducción de las verbalizaciones irracionales cuando éstos se aplican con RDA, lo que parece indicar que con este modo de aplicación se consiguen cambios más rápidos.

Puede concluirse, entonces, no sólo que el moldeamiento parece ser un mecanismo explicativo del debate socrático, sino que cuando se aplica el RDA los debates son más eficientes, aunque no sean más efectivos. Es decir, no hay diferencia en el éxito total, pero sí en cómo se consigue este éxito. Se pueden lanzar distintas hipótesis en base a estos hallazgos: ¿Esta diferencia tendrá algún efecto en el cliente, además de reducir el tiempo necesario para el cambio?, ¿Es posible que esto pueda influir en el mantenimiento de los logros o en la correspondencia de dichas verbalizaciones en su contexto fuera de consulta? Se abren nuevas preguntas de investigación con claras implicaciones prácticas que sería deseable analizar.

Tal y como se mostró en la figura 2, los resultados del segundo participante han seguido una línea de cambio diferente. Las diferencias, en principio, no pueden atribuirse a variables relacionadas con el terapeuta, pues era el mismo que el del participante 1. Sin embargo, este patrón tan distinto puede deberse a dos cuestiones. Una es que, aunque en los sujetos 1 y 3 las áreas de verbalizaciones irracionales eran muy distantes entre sí en cuanto a contenido, en el segundo participante no lo eran en gran medida; por una parte, se debatía sobre verbalizaciones relacionadas con una responsabilidad excesiva hacia los demás y, por otro, miedo al rechazo social y a decepcionar a otros. En ambos casos son clases de respuesta que estaban muy relacionadas con el entorno social y funcionalmente eran muy similares, lo cual puede haber afectado a que se diera un fenómeno de generalización entre una condición y la otra. La otra razón que puede explicar este patrón de comportamiento diferente en el debate es que haya que ajustar y controlar mucho mejor, tanto el reforzamiento verbal aplicado como su densidad, a las condiciones y variables individuales. Aunque así se trató de hacer, es decir, se aplicó el reforzador elegido, se estudió en cada caso

cuál era la verbalización de partida y meta, y cuáles las posibles aproximaciones; sin embargo, es posible que se estén dando otras contingencias verbales de reforzamiento que no están siendo controladas y, además, es posible que no siempre se estén discriminando bien las respuestas de aproximación. Con respecto a las contingencias de reforzamiento no controladas, el propio contenido del discurso del terapeuta ya puede estar funcionando como reforzador cuando tras la respuesta del cliente se continúa el debate sin contraargumentar.

El análisis del cambio en el participante 2 también abriría otras hipótesis sobre los procesos de aprendizaje implicados en el debate: ¿Podría explicarse en base a encadenamiento? En ese caso, es posible que la aplicación contingente de reforzamiento diferencial no se haga con la frecuencia aplicada en el RDA del moldeamiento, pues se requerirían más respuestas adecuadas continuadas ($ED^1-R^1-ED^2-R^2...E^+$) para llegar a completar la cadena o secuencia final y que entonces sea reforzada por el terapeuta. Así se entendería que una tasa menor de reforzamiento verbal contingente por parte del terapeuta (como la condición RDT) el cambio se dé igualmente. Es posible, entonces, que en el debate tengan lugar ambos procesos: moldeamiento y encadenamiento, tal y como se ha sugerido en algunas aproximaciones conceptuales y observacionales (Froján-Parga, Calero-Elvira, Pardo-Cebrián y de Prado-Gordillo, 2018).

Indudablemente, el presente estudio tiene una serie de limitaciones que han de tenerse en cuenta a la hora de valorar los resultados. Por una parte, hubiese sido deseable un seguimiento más largo en el tiempo de la variable dependiente para contrastar si los cambios se mantenían en el tiempo. Por otra parte, hubiese sido deseable que todos los observadores fueran ciegos a las condiciones del estudio. También sería deseable replicar este trabajo con más sujetos de cara a poder encontrar datos o patrones de cambio en una dirección más clara o marcada, pues uno de los tres participantes estudiados presentó un patrón de respuesta diferente; sería bueno contrastar con exactitud si dicha diferencia se relaciona con un inadecuado control de

ciertas variables o con aspectos relacionados con el funcionamiento del debate. Asimismo, hubiese sido conveniente controlar mejor la posible generalización de una condición de debate a la otra incluyendo una tercera área de pensamientos irracionales a la que poder aplicar una de las dos condiciones en caso de que se esté produciendo dicho fenómeno de generalización, como un elemento de control adicional.

A partir de los hallazgos presentados, e incorporando las mejoras señaladas, se abren diversas líneas de estudio y retos futuros. Uno de los trabajos a incorporar próximamente en esta línea es incluir el uso de la extinción en el estudio experimental del moldeamiento, pues ambos son procesos que confirman este procedimiento: se refuerzan aproximaciones sucesivas y se ponen en extinción aproximaciones anteriores. Otro de los estudios que podría llevarse a cabo es investigar cómo otros terapeutas, por ejemplo, del modelo cognitivo, aplican el debate y contrastar si también aplican reforzamiento diferencial de aproximaciones. Las implicaciones de ese tipo de estudios serían de relevancia social para dirigir la actuación clínica a mejores intervenciones y sería también de gran valor para la comunidad científica en la medida en la mostraría, una vez más, que los principios de aprendizaje se dan independientemente de que los terapeutas los conozcan y los manejen, aunque, obviamente, cuando los terapeutas los manejan se garantiza una mejor práctica clínica. De la misma manera y para facilitar una mejor adecuación de la implementación de los procedimientos experimentales, evitando que haya una desviación de las pautas acordadas, se podría valorar la incorporación de programas de percentiles en el moldeamiento, que hacen este procedimiento más automático, además de hacer más objetivos y explícitos los criterios que describen las respuestas que han de ser reforzadas, proporcionando un mayor control de la densidad de reforzamiento. Galbicka en 1994, describió por primera vez un protocolo estandarizado de aplicación del moldeamiento llamado programa de percentiles que proporciona contingencias de reforzamiento a conductas de manera individualizada, maximizando la probabilidad de que los comportamientos más cercanos al

comportamiento objetivo sean reforzados. Gracias a estos programas se aíslan de forma casi completa las variables relacionadas con las habilidades del terapeuta para la aplicación del moldeamiento. Además, los programas de percentiles ya se han incorporado a contextos aplicados en numerosas ocasiones con óptimos resultados (Clark, Schmidt, Mezhoudi y Kahng, 2016; Hall, Maynes, Reiss, 2009; Lamb, Morral, Kirby, Iguchi y Galbicka, 2004).

Medir los cambios que se dan en la conducta verbal en el debate y los procesos que lo explican es una aproximación valiosa en sí misma, no obstante, tenemos presente que es absolutamente necesario conocer si dichos cambios en la conducta verbal van acompañados de otros cambios fuera del contexto clínico, incluso, si la forma en la que haya realizado el debate (RDA frente a RDT) implica algún cambio en el comportamiento fuera de sesión. Es fundamental también analizar qué hace el terapeuta ante las verbalizaciones del cliente sobre los cambios acontecidos fuera del contexto clínico fruto del moldeamiento verbal del debate, tal y como algunos trabajos previos de esta línea han comenzado a evidenciar (Froján et al., 2018). Así, en próximos estudios será indispensable acompañar el análisis de cómo se produce el cambio verbal en la sesión con el estudio de lo que ocurre fuera, atendiendo a lo que ya se conoce sobre el funcionamiento de la correspondencia decir-hacer y de la conducta gobernada por reglas.

A pesar de las limitaciones de este trabajo, consideramos de gran valor poder incorporar la experimentación en el curso natural de una terapia psicológica a través del estudio de caso único. Se puede considerar este estudio un trabajo pionero al suponer la primera aproximación al estudio experimental del moldeamiento verbal en el contexto natural de la terapia, extendiendo así los hallazgos de la investigación del laboratorio a la práctica clínica y contribuyendo al aumento de la relevancia social de la investigación conductual. También es original en la medida en que aúna el estudio de procesos en psicoterapia desde el Análisis de Conducta como conceptualización teórica, junto con metodología de investigación del Análisis Aplicado de Conducta,

pues los estudios con estas características son muy poco frecuentes en investigación clínica, donde impera la comparación de resultados, frente a la investigación de procesos y la comparación de resultados en grupo frente a la comparación de resultados de cada individuo. Las razones que argüíamos en la introducción sobre la relevancia de la consideración de los estudios experimentales de caso único como un procedimiento de evaluación riguroso del cambio (Smith, 2012), se ha puesto de manifiesto en la presentación de este trabajo; este nos ha permitido explorar variables de cambio individuales y explicar de forma más precisa, atendiendo a aspectos funcionales de cada caso, qué puede estar ocurriendo detrás de cada aplicación en cada individuo. La historia de aprendizaje de cada organismo es única y, por tanto, la interacción con las diferentes condiciones experimentales lo será también; así, la exploración de los resultados aporta direcciones y predicciones futuras donde mirar más concretas sobre las variables que pueden tener un papel causal en la interacción.

7. REFERENCIAS

- Arias Holgado, M., Fernández Serra, F., & Perona Garcelán, S. F. (2000). Psicología básica, psicología aplicada y metodología de investigación: el caso paradigmático del análisis experimental y aplicado del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32(2), 277-300.
- Bados, A. y García, E. (2010) La técnica de reestructuración cognitiva. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona*, 15. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis¹. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1(1), 91–97. doi:10.1901/jaba.1968.1-91

- Bakeman, R. (2000). *Behavioral observation and coding*. Handbook of research methods in social and personality psychology, 138-159.
- Bakeman, R., & Quera, V. (1995). *Analyzing interaction: Sequential analysis with SDIS and GSEQ*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Bakeman, R., McArthur, D., Quera, V., & Robinson, B. F. (1997). Detecting sequential patterns and determining their reliability with fallible observers. *Psychological Methods*, 2(4), 357. doi:10.1037/1082-989x.2.4.35
- Barlow, D. H., Agras, W. S., Leitenberg, H., & Wincze, J. P. (1970). An experimental analysis of the effectiveness of “shaping” in reducing maladaptive avoidance behavior: An analogue study. *Behaviour Research and Therapy*, 8(2), 165–173. doi:10.1016/0005-7967(70)90086-0
- Berardi, V., Carretero-González, R., Klepeis, N. E., Ghanipour Machiani, S., Jahangiri, A., Bellettiere, J., & Hovell, M. (2018). Computational model for behavior shaping as an adaptive health intervention strategy. *Translational Behavioral Medicine*, 8(2), 183–194. doi:10.1093/tbm/ibx049
- Calero-Elvira, A. (2009). *Análisis de la interacción entre terapeuta y cliente durante la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva [Analysis of the interaction between therapist and client during the application of the cognitive restructuring technique]*. (Unpublished doctoral dissertation). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, Spain.
- Calero-Elvira, A., Froján-Parga, M. X., Ruiz-Sancho, E. M., & Alpañés-Freitag, M. (2013). Descriptive study of the Socratic method: Evidence for verbal shaping. *Behavior therapy*, 44(4), 625-638. doi:10.1016/j.beth.2013.08.001
- Calero-Elvira, A., Froján-Parga, M. X., Ruiz-Sancho, E. M., & Vargas-de la Cruz, I. (2011). ¿Qué hace el psicólogo cuando aplica la técnica de reestructuración cognitiva? [What does the psychologist do when applying the cognitive restructuring technique?] *Revista Mexicana de Psicología*, 28, 133–150. doi:10.6018/analesps.29.3.135401

- Catania, A. C., Matthews, B. A., & Shimoff, E. (1982). Instructed versus shaped human verbal behavior: Interactions with nonverbal responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 38(3), 233–248. doi:10.1901/jeab.1982.38-233.
- Chazin, K.T. & Ledford, J.R. (2016). Paired stimulus preference assessment. In Evidence-based instructional practices for young children with autism and other disabilities. Recuperado de: <http://vkc.mc.vanderbilt.edu/ebip/paired-stimulus>
- Clark, A. M., Schmidt, J. D., Mezhoudi, N., & Kahng, S. (2016). Using Percentile Schedules to Increase Academic Fluency. *Behavioral Interventions*, 31(3), 283-290. doi:10.1002/bin.1445
- Cooper, J., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2017). Análisis Aplicado de la Conducta. doi:10.26741/abaspain/2017.cooper
- Epling, W. F., & Bradshaw, P. (1974). An experimental analysis of the shaping, maintaining and elimination of drug abuse behaviour. *British Journal of Medical Psychology*, 47(4), 341-348. doi: 10.1111/j.2044-8341.1974.tb02299.x
- Follette, W. C., Naugle, A. E., & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27(4), 623–641. doi:10.1016/s0005-7894(96)80047-5
- Froján M. X. y Calero, A. (2011). Guía para el uso de la reestructuración cognitiva como un procedimiento de moldeamiento. *Psicología conductual*, 19(3), 659.
- Froján-Parga, M. X., Calero-Elvira, A., Pardo-Cebrián, R., y de Prado-Gordillo, M. N. (2018). Verbal Change and Cognitive Change: Conceptual and Methodological Analysis for the Study of Cognitive Restructuring Using the Socratic Dialog. *International Journal of Cognitive Therapy*, 11(2), 200-221. doi:10.1007/s41811-018-0019-8

- Froján-Parga, M. X., Montaña-Fidalgo, M., Calero-Elvira, A., García-Soler, A., Garzón-Fernández, A., & Ruiz-Sancho, E. (2008). Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta, *Psicothema*, 20, 603–609.
- Galbicka, G. (1994). Shaping in the 21st century: Moving percentile schedules into applied settings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27(4), 739–760. doi:10.1901/jaba.1994.27-739
- Hall, S. S., Maynes, N. P., & Reiss, A. L. (2009). Using percentile schedules to increase eye contact in children with fragile X syndrome. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 42(1), 171-176. doi:10.1901/jaba.2009.42-171
- Hodges, A., Davis, T., Crandall, M., Phipps, L., & Weston, R. (2017). Using shaping to increase foods consumed by children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 47(8), 2471-2479. doi:10.1007/s10803-017-3160-y
- Isaacs, W., Thomas, J., & Goldiamond, I. (1960). Application of Operant Conditioning to Reinstate Verbal Behavior in Psychotics. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 25(1), 8–12. doi:10.1044/jshd.2501.08
- Jackson, D. A., & Wallace, R. F. (1974). The modification and generalization of voice loudness in a fifteen-year-old retarded girl1. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 7(3), 461–471. doi:10.1901/jaba.1974.7-461
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Nueva York: Plenum Press.
- Lamb, R. J., Morral, A. R., Kirby, K. C., Iguchi, M. Y., & Galbicka, G. (2004). Shaping smoking cessation using percentile schedules. *Drug and Alcohol Dependence*, 76(3), 247-259. doi:10.1016/j.drugalcdep.2004.05.008
- Martin, G. y Pear, J. (2007). *Behavior Modification: What It Is and How to Do It*. New Jersey, Estados Unidos: Prentice Hall.
- Parsons, M. B., Rollyson, J. H., & Reid, D. H. (2012). Evidence-Based Staff Training: A Guide for Practitioners. *Behavior Analysis in Practice*, 5(2), 2–11. doi.org/10.1007/BF03391819

- Peña Correal, T. E. (2016). El destino del análisis de la conducta. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 24(2), 153-168.
- Pérez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Preston, K. L., Umbricht, A., Wong, C. J., & Epstein, D. H. (2001). Shaping cocaine abstinence by successive approximation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(4), 643–654. doi:10.1037/0022-006x.69.4.643
- Rizvi, S. L., & Ferraioli, S. J. (2012). Single-case experimental designs. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological*. (pp. 589–611). Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13620-031>
- Ruiz-Sancho, E. M., Froján-Parga, M. X., & Calero-Elvira, A. (2013). Functional Analysis of the Verbal Interaction Between Psychologist and Client During the Therapeutic Process. *Behavior Modification*, 37(4), 516–542. doi:10.1177/0145445513477127
- Saksida, L. M., Raymond, S. M., & Touretzky, D. S. (1997). Shaping robot behavior using principles from instrumental conditioning. *Robotics and Autonomous Systems*, 22(3-4), 231–249. doi:10.1016/s0921-8890(97)00041-9
- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychological bulletin*, 86(2), 420. doi:10.1037/0033-2909.86.2.420
- Sídmán, M. (1973). *Tácticas de investigación científica* (3 “ed.). Barcelona: Fontanella (Trabajo original publicado en 1960).

- Smith, J. D. (2012). Single-case experimental designs: A systematic review of published research and current standards. *Psychological Methods*, 17(4), 510–550. doi:10.1037/a0029312
- Virues-Ortega, J., & Froján-Parga, M. X. (2015). A translational approach to the functional analysis of language in psychotherapy. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(1), 69–75. doi:10.1016/j.ijchp.2014.10.001
- Virues-Ortega, J., Montaña-Fidalgo, M., Froján-Parga, M. X., & Calero-Elvira, A. (2011a). Descriptive Analysis of the Verbal Behavior of a Therapist: A Known-Group Validity Analysis of the Putative Behavioral Functions Involved in Clinical Interaction. *Behavior Therapy*, 42(4), 547–559. doi:10.1016/j.beth.2010.12.004
- Virues-Ortega, J., Montaña-Fidalgo, M., Froján-Parga, M. X., & Calero-Elvira, A. (2011b). Descriptive Analysis of the Verbal Behavior of a Therapist: A Known-Group Validity Analysis of the Putative Behavioral Functions Involved in Clinical Interaction. *Behavior Therapy*, 42(4), 547–559. doi:10.1016/j.beth.2010.12.004
- Virues-Ortega, J., Pear, J. J., Boris, A. L., Cox, A. D., Hu, L., Julio, F. M., Michalyshyn, C. A., & Wightman, J. K. (2016). Single-subject research design. In H. L. Miller, *The SAGE Encyclopedia of Theory in Psychology* (pp. 859-862). New York: Sage. doi:10.4135/9781483346274.n293

CUARTA PARTE:

DISCUSIÓN

CAPÍTULO 9

Discusión, limitaciones y perspectivas futuras

1. DISCUSIÓN

En el debate en reestructuración cognitiva enseñamos a pensar al cliente de una manera más adecuada, más racional, de forma que se facilite la solución del problema, en términos skinnerianos. Podemos traducir en términos conductuales muchas aplicaciones clínicas y muchos términos comúnmente empleados en la psicoterapia cognitiva. No porque una técnica nazca en uno u otro marco teórico va a ser necesariamente de menor utilidad, hemos comprobado que la reestructuración cognitiva la aplican la mayoría de los clínicos que hemos podido encuestar. La técnica funciona por diversas razones y si no nos acercamos a entender esto, realizando un análisis o reflexión conceptual de los principios de aprendizaje subyacentes y una

demostración empírica de los mismos, estaremos dificultando el avance del conocimiento psicológico aplicado. Inventar nuevas tecnologías y aplicaciones sin tener claro qué estamos poniendo en marcha no es sinónimo de avance.

La forma de debatir, en contra de lo que proponían autores clásicos como Beck, no es mejor si elegimos un orden concreto de preguntas, además de ser guiada mediante diversos métodos: damos la solución, instruimos sobre cómo razonar y somos irónicos o aversivos exactamente cuándo corresponde según la funcionalidad de las verbalizaciones del cliente. También aplicamos reforzamiento diferencial a las verbalizaciones del cliente que se aproximan al objetivo de debate haciendo más eficaces los debates. Dirigimos mejor la respuesta del cliente en la interacción cuando empleamos una serie de verbalizaciones antes de cuestionar que desempeñan una función antecedente. Asimismo, hemos contrastado que la propia práctica moldea la actuación clínica en la aplicación del debate y nos hace fracasar en menor medida. El estudio de la actuación de los terapeutas expertos nos ha permitido conocer con más detalle cómo es la interacción verbal cuando existe un dominio por parte del clínico. Los inexpertos tienden a seguir en mayor medida las pautas de los manuales, que, hasta el momento, en el caso del debate, no se han basado en evidencia empírica. Las repercusiones prácticas de este estudio son claras: orientaciones concretas basadas en la evidencia para la actuación del psicólogo cuando pone en marcha este procedimiento, para aplicarlo con mayor efectividad e incluso eficiencia.

Se ha demostrado experimentalmente que el cambio en el debate se puede explicar en base a principios de condicionamiento operante, lo que supone un paso, no sólo en el avance del conocimiento sobre los mecanismos de cambio de la reestructuración cognitiva, sino en la forma de estudiar los fenómenos en terapia psicológica; con el riguroso control de variables propias de un estudio experimental y con la validez ecológica de un estudio dentro de la dinámica de una intervención terapéutica. Consideramos que estudios experimentales como el presentado en este trabajo permiten verificar con solidez algunos de los supuestos hallados en estudios

no experimentales y podemos comenzar a elaborar conclusiones claras sobre los principios de aprendizaje por los que se rigen las técnicas que se aplican en la clínica, como es la reestructuración cognitiva, lo que además podrá proporcionar intervenciones más eficaces y eficientes. Este estudio puede resultar también una aportación enriquecedora para el campo del Análisis Aplicado de Conducta, que había dedicado una buena parte de sus aplicaciones y experimentos a una población muy específica, cuando, sin duda, tiene importantes contribuciones y aplicaciones en otras poblaciones, como la que se presenta en este trabajo. Así, con la presente investigación se ha tratado de contribuir a eliminar la brecha que separa la investigación de la práctica clínica.

En esta tesis doctoral se ha utilizado una metodología heterogénea: estudio de encuesta, observacional y experimental; que aplicada sobre el mismo fenómeno aporta mayor riqueza al estudio del debate en reestructuración cognitiva, en la medida en que da diferentes ángulos desde los que valorar y contrastar los datos. Igualmente, es importante enfatizar que para que los diversos métodos experimentales, observacionales y de encuesta supongan un avance, una adecuada base conceptual en la que se fundamenten es indispensable para conocer los fenómenos que se pretenden entender y explicar. Desde este enfoque y metodología, no sólo descubrimos algunas de las verbalizaciones que funcionan y de qué manera lo hacen en la interacción terapeuta-cliente desde el análisis de la conducta verbal, sino que contrastamos si eso que se ha encontrado efectivo los terapeutas lo realizan y si, finalmente, algunos de esos mecanismos son efectivamente los que están detrás del cambio clínico. Puede ser habitual en algunas áreas de estudio del comportamiento encontrar al investigador alejado de lo que ocurre en la práctica clínica cotidiana (Poling, Picker, Grossett, Hall-Johnson, Holbrook, 1981) cuando, en definitiva, una buena parte de su labor tiene como fin mejorar su aplicación en diversos contextos. Por supuesto, también se ha demostrado que muchos clínicos son poco permeables a los avances y estudios de investigación (Beutler, 2000; Morrow-Bradley y Elliott, 1986; Safran, Abreu, Ogilvie

y DeMaria, 2011). Acortar los caminos que separan unas actividades de otras es un objetivo loable en investigación y, de forma conjunta, con el estudio de encuesta, los estudios observacionales y el experimental hemos tratado de contribuir a ello.

En esta misma línea, uno de los objetivos fundamentales de este trabajo era poder contribuir a la mejora de la práctica clínica de los terapeutas, completando una guía específica, basada en la evidencia empírica, sobre cómo aplicar el debate de una manera más efectiva. Fruto de los hallazgos recogidos en todos los estudios empíricos de esta tesis doctoral presentamos en la tabla 9.1 un esquema sobre las estrategias verbales que parecen ser más efectivas e incluso eficaces y eficientes durante la interacción verbal en el debate socrático.

Tabla 9.1

Resumen de las principales actuaciones efectivas durante la interacción verbal en el debate

1) Aprender a discriminar correctamente qué verbalizaciones del cliente se aproximan, se alejan o son intermedias a los objetivos de debate. Es de utilidad detectar antes de iniciar el debate cuál es la verbalización meta, así como tener clara la línea base de las verbalizaciones desadaptativas o irracionales de partida, para tener más claro el criterio que guíe mejor qué verbalizaciones del cliente están suponiendo un avance y cuáles no.
2) Aplicar reforzamiento diferencial a las verbalizaciones del cliente que supongan una aproximación sucesiva a los objetivos de debate para conseguir un debate más eficaz y eficiente.
3) Cuestionar, sin importar el orden o secuenciación de preguntas, empleando principalmente preguntas dirigidas a cuestionar la validez, incorporando diversas verbalizaciones que precedan y preparen la respuesta, tales como: explicaciones técnicas, analogías, verbalizaciones meta y motivadoras. Realizar un debate con marcado componente “didáctico” puede ser una manera adecuada de guiar la respuesta del cliente.
4) Emplear el uso del componente aversivo, tanto para acompañar explicaciones y preguntas dirigidas a cuestionar, como emplearlo después de verbalizaciones del cliente opuestas al objetivo de debate o intermedias.
5) De las explicaciones que se empleen, usar con frecuencia aquellas más técnicas para discriminar respuestas de aproximación al objetivo de debate por parte del cliente.
6) Acompañar las instrucciones sobre normas de razonamiento de verbalizaciones motivadoras para aumentar la probabilidad de que sean seguidas por el cliente.

2. LIMITACIONES Y POSIBLES MEJORAS

A lo largo del manuscrito ya se han ido detallando, en la discusión de los resultados, cuáles eran las limitaciones específicas de cada trabajo y cómo podían resolverse. De esta forma, a continuación, tan sólo listaremos algunos aspectos clave de la valoración conjunta de todos los estudios que no han sido mencionados previamente o sobre los que consideramos relevante incidir.

- Algunas de las consideraciones generales hacen referencia a la muestra de estudio. Por una parte, incorporar una muestra más heterogénea para poder estudiar la actuación de una variedad más amplia de terapeutas, con la misma orientación, pero diferente formación, e incluso de otros centros o servicios de psicología con distinto funcionamiento, todo lo cual podría mejorar la generalización de los resultados. No obstante, en este trabajo se ha recogido la muestra de dos Centros de Psicología diferentes, uno privado y una Clínica Universitaria, y en cada uno de ellos la formación de los terapeutas y el funcionamiento del centro no eran los mismos, aunque sí similares. Por otra parte, ampliar la muestra sería aconsejable, pues algunas secuencias de actuación en el debate no pudieron ser calculadas por la escasa frecuencia con la que se producían y quizá, incorporar más fragmentos permitiría realizar todos los cálculos necesarios. Igualmente, una muestra más amplia del estudio experimental puede mejorar la calidad de la investigación y dar más solidez a las conclusiones planteadas.
- Hubiese sido adecuado incorporar otras medidas de efectividad del debate socrático relacionadas con las verbalizaciones del cliente sobre los cambios emitidos fuera de consulta en base a las verbalizaciones debatidas. Tomar en cuenta este criterio para valorar el cambio es algo, no sólo ampliamente

respaldado por la literatura, sino también reconocido por los propios clínicos; tal y como mostró el estudio de encuesta los terapeutas consideraron en su práctica cotidiana, las verbalizaciones sobre el cambio fuera de sesión un criterio de la efectividad esencial del debate.

- A pesar de que los niveles de fiabilidad en los estudios observacionales fueron adecuados, su mejora en cuanto al aumento de concordancia inter-juez sería deseable para consolidarlos como instrumentos de medida más rigurosos y fiables.
- Es bien sabido que la Psicología (aunque no sólo) ha sufrido una crisis de confianza por la dificultad encontrada para la replicación de una buena parte de sus estudios (Garcia-Garzon, Lecuona y Carbajal, 2018; Klein et al., 2014; *Open Science Collaboration*, 2015), por lo que hubiese sido deseable en este trabajo haber empleado algunas de las soluciones recomendadas para atajar prácticas cuestionables en investigación, como es la práctica del pre-registro del proyecto.

3. PERSPECTIVAS FUTURAS

La investigación presentada en esta tesis doctoral abre una serie de líneas de estudio futuras, derivadas, tanto por las posibles mejoras que pueden realizarse de los trabajos presentados, como por los aspectos que no han podido abordarse en los mismos; y que son esenciales para una comprensión integral de los mecanismos de cambio clínico en la reestructuración cognitiva. De nuevo, dado que algunos aspectos ya han sido mencionados en cada uno de los estudios correspondientes, a continuación, detallaremos aquellas propuestas más globales, relevantes y originales:

- Se ha conseguido entender mejor qué hacen los terapeutas para conseguir que el cliente emita verbalizaciones más adaptativas en el debate, ahora bien, ¿este cambio en las verbalizaciones que se dan en sesión se traduce en cambio fuera del contexto clínico? El siguiente paso en esta línea de investigación ha de ir dirigido a: (1) Incorporar como indicadores sobre la efectividad y eficacia del debate el cambio del comportamiento fuera de sesión en relación con el debate que ha tenido lugar y (2) Estudiar cómo ha de ser la actuación verbal del terapeuta para favorecer el cambio y mantenimiento de la conducta en el contexto natural, una vez el cliente reporte en qué medida ha modificado su comportamiento en base a verbalizaciones debatidas. Los estudios sobre correspondencia decir-hacer-decir y sobre conducta gobernada por reglas han de guiar dichas líneas de trabajo.

- En línea con el punto anterior, sería interesante estudiar el efecto aislado y la funcionalidad de los diferentes elementos que componen la reestructuración cognitiva, no sólo el debate socrático. ¿Qué tipo de “experimentos conductuales” se pautan? ¿Qué función desempeñan en el cambio del cliente en torno a las descripciones verbales desadaptativas y a las conductas que gobiernan las mismas? ¿Cuál es la utilidad y el efecto de la explicación de los tipos de “distorsiones cognitivas”? Se ha encontrado que, de todos los elementos de la reestructuración cognitiva, es el procedimiento más empleado por los clínicos (Pardo y Calero, 2017). Es posible que la explicación e identificación de errores “cognitivos” se pueda entender, tanto como un entrenamiento en discriminación de estímulos, como un emparejamiento de lo ilógico o irracional con reacciones emocionales aversivas. En este sentido, sería interesante estudiar qué mecanismos poner en marcha para hacer más eficaz dicho entrenamiento o emparejamiento, así como analizar su papel en la generalización del cambio que se hará en dichas verbalizaciones a través del debate; pues es posible que una

mejor discriminación de estímulos influya en una mejor aplicación del cambio de verbalizaciones a otros contextos estimulares.

- Se ha sugerido la posible funcionalidad de algunas estrategias verbales empleadas en el debate. Por ejemplo, con respecto a las preguntas dirigidas a cuestionar la utilidad y la gravedad, es posible que la función de éstas sea la exposición a ciertos estímulos verbales aversivos. En este sentido, sería interesante estudiar de forma análoga, si a través de la aplicación de un procedimiento con esta hipotética función, como la exposición encubierta a esos estímulos condicionados, el cambio en el cliente se diferencia en alguna medida de cuando se debate sobre esas verbalizaciones cuestionando utilidad y gravedad.
- Dado que se ha comenzado a mostrar la importancia de guiar e indicar de diferentes formas al cliente cuando estamos debatiendo y enseñando otra forma de pensar en el contexto clínico (verbalizar la solución, sugerir la respuesta en las preguntas), sería interesante extrapolar este estudio a otros contextos, como el ámbito de la enseñanza, donde el debate sobre el grado de indicación o guía es más que controvertido.
- Continuando con el estudio de los fenómenos investigados aquí en otros contextos, surge la siguiente cuestión que esperamos pueda resolverse en futuras investigaciones: ¿Es el moldeamiento verbal un proceso de aprendizaje implicado únicamente cuando el debate es empleado por terapeutas conductuales? Si es así, ¿cuáles son los principios de aprendizaje implicados en otras formas de debate? ¿Son más o menos efectivos? Que sean principios de aprendizaje los responsables del cambio del comportamiento no es algo que se ponga en duda, sabemos que los mecanismos de cambio están, aunque no los

conozcamos; así, estudiar a “expertos”, como serían los terapeutas cognitivos, en la aplicación del debate puede seguir dando claves sobre los mecanismos de cambio.

- El estudio experimental de caso único en el debate sólo ha sido un comienzo de toda una línea de estudio que se abre, a través de una metodología rigurosa y con el firme compromiso de aunar la investigación de laboratorio y la práctica clínica, con el fin de contribuir a verificar y comprobar principios de aprendizaje que están detrás del cambio terapéutico. Concretamente, el encadenamiento verbal durante el debate, tal y como se ha planteado en estudios teóricos u observacionales, podría ser otro de los procesos subyacentes y su estudio experimental enriquecería y completaría la comprensión del funcionamiento del debate. También podría ser interesante someter, durante el debate, las verbalizaciones que van siendo cada vez más adaptativas del cliente a diferentes programas de reforzamiento, con el fin de encontrar programas que puedan explicar mejor su funcionamiento o aportar datos relevantes sobre su efectividad.
- El cambio de significado en reestructuración cognitiva es esencial. Futuras investigaciones han de centrarse en el contenido de las verbalizaciones y en el estudio del cambio de significados a la luz de las investigaciones sobre relaciones de equivalencia; y ello independientemente de que la teoría explicativa sea más o menos sólida como marco conceptual.
- Algo, quizá poco premiado, pero sumamente deseable para el avance científico sería realizar estudios de replicación de las investigaciones aquí presentadas. Las posibles causas de la crisis de replicación en psicología, así como las soluciones para ello, no son atajables desde un único punto exclusivamente,

pero una forma de consolidar y confirmar los hallazgos que hemos planteado en esta investigación pasa por ponerlos a prueba estudiando, con el mismo método y los mismos objetivos, si los resultados se repiten. Avanzar pasa por afianzar lo que se supone que se ha comprobado.

- Se ha hecho especial énfasis en tratar de entender y describir las interacciones más efectivas en el debate, sin embargo, consideramos que en futuros trabajos será esencial poner atención también al análisis de los patrones de interacción verbal en debates de fracaso. Mejorar nuestra actuación clínica y hacerla más efectiva y eficiente cuando ésta ya sabemos que funciona es muy deseable, pero reducir las actuaciones que no conllevan mejoras o que no están siendo beneficiosas es un aspecto indispensable, ética y científicamente hablando.

CONCLUSIONES GENERALES

(Versión en castellano)

El debate en reestructuración cognitiva se aplica en una buena parte de los casos clínicos tratados en consulta y su uso no se circunscribe a terapeutas cognitivos. Conocer de qué manera lo emplean los clínicos en consulta es un conocimiento de gran valor: tanto para entender las necesidades de quienes intervienen en el campo aplicado y así ajustar los objetivos de investigación a ello, como para clarificar algunas preguntas de investigación que no se habían podido responder sobre su uso. Siendo una técnica de esta relevancia, la importancia del estudio de su funcionamiento está ampliamente justificado, sin olvidar que la reconceptualización teórica de la misma es indispensable para dar respuesta a dicha explicación. Así, aunque el origen de esta técnica haya estado alejado de la experimentación y de una concepción teórica conductual, en este trabajo ha podido ser entendida desde el análisis de conducta, tratándose de explicar por qué los terapeutas enseñamos a pensar al cliente de forma más racional, más adaptativa y cómo se produce este proceso. Consideramos que los hallazgos de esta investigación son tan relevantes como el trabajo conceptual que lo ha enmarcado; sin él, el estudio de procesos y resultados habría carecido de sentido. El análisis de conducta tiene mucho que decir sobre las intervenciones psicológicas y queda un gran camino que recorrer en la traducción y reconceptualización teórica y empírica de los tratamientos psicológicos; esperamos haber contribuido a esta gran labor con esta investigación.

Se han podido estudiar los mecanismos de cambio de ésta a través de metodología observacional, de encuesta y experimental; aportando una rica visión de conjunto sobre la reestructuración cognitiva. Hemos contribuido a la clarificación de las actuaciones específicas del terapeuta durante el debate socrático que son más eficaces y efectivas: cómo hacer preguntas, cómo y de qué manera dirigir el debate,

qué explicaciones funcionan mejor, cuándo y cuánto reforzar aproximaciones del cliente, entre otras; y por qué todas estas actuaciones pueden estar funcionando de dicha forma. Es importante resaltar que las guías sobre cómo debatir creadas por sus autores originales son la principal fuente de formación de los terapeutas, guías conceptualmente inadecuadas y sin evidencia empírica. Es por ello por lo que el análisis pormenorizado que se ha realizado en este trabajo sobre verbalizaciones concretas del terapeuta y su efecto en la conducta del cliente durante el debate tiene relevantes aplicaciones para la práctica clínica. Se han delineado pautas concretas para guiar a los clínicos sobre cómo aplicar una de las técnicas menos pautadas de las intervenciones psicológicas. Afortunadamente, las investigaciones no sólo consiguen clarificar, sino que también abren muchas otras preguntas que la ciencia de la conducta puede responder y, a partir de esta investigación, aparecen perspectivas futuras que pueden seguir completando la comprensión de los mecanismos de cambio clínico de esta técnica.

GENERAL CONCLUSIONS

(English version)

Debate on cognitive restructuring is widely applied in the clinical cases treated in therapy and its use is not confined only to cognitive therapists. Knowing how clinicians use it in therapy is a valuable knowledge: to understand the needs of those involved in the applied field and, thus, adjust the research objectives to it. This would allow to clarify some research questions that have not been answered about its use. Taken into account the relevance of this technique, the importance of studying how it is working is widely justified. It could not be forgotten that the theoretical reconceptualization of it is essential to answer some questions. Thus, although the origin of this technique has been far from experimentation and a behavioural theoretical conception, in this work it has been able to understand it from the analysis of behaviour. We try to explain why therapists teach the client to think in a more rational and adaptive way, and how this process occurs. We believe that the findings of this research are as relevant as the conceptual work that has framed it; without it, this processes and results study would have lacked meaning. Analysis of behavior has much to say about psychological interventions and there is a long way to go in the translation and theoretical and empirical reconceptualization of psychological treatments; we hope we have contributed to this great work with this investigation.

It has been possible to study the mechanisms of change of Socratic method through observational, survey and experimental methodology; providing a rich overview on cognitive restructuring. We have contributed to clarify specific therapist actions during the Socratic debate that are more effective: how to ask questions, how and in what way lead the debate, what explanations work best, when and how much reinforce client approaches, among others ; and why all these actions may be working in that way. It is important to highlight that the guides on how to debate created by

the original authors are the main source of training for therapists, these guides are conceptually inadequate and have not empirical evidence. This is why the detailed analysis that has been carried out in this work on specific verbalizations of the therapist and its effect on the client's behavior during the debate has relevant applications for clinical practice. Concrete guidelines have been outlined to guide clinicians on how to apply one of the least-described psychological interventions techniques. Fortunately, research not only clarify, but also open many other questions that behavioral science can answer and, from this research, future perspectives appear to continue completing the understanding of clinical change mechanisms of this technique.

REFERENCIAS

- American Psychological Association Practice Directorate. (2003). PracticeNet survey: *Clinical practice patterns*. Recuperado de: <http://www.slideshare.net/www.apa.org/clinicalpractice-patterns-summer-2003-presentation>
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. *Therapy as social construction*, 25-39.
- Arias Holgado, M., Fernández Serra, F., & Perona Garcelán, S. F. (2000). Psicología básica, psicología aplicada y metodología de investigación: el caso paradigmático del análisis experimental y aplicado del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32(2), 277-300.
- Assaz, D. A., Roche, B., Kanter, J. W., & Oshiro, C. K. B. (2018). Cognitive defusion in acceptance and commitment therapy: What are the basic processes of change? *The Psychological Record*, 68(4), 405–418. doi.org/10.1007/s40732-017-0254-z
- Avellaneda, Matías y Menendez, Joaquin (2016). Algunos fenómenos respondientes en la formación de relaciones derivadas. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Bados, A. y García, E. (2010) La técnica de reestructuración cognitiva. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona*, 15. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>

- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Hussey, I., & Luciano, C. (2015). Relational frame theory: Finding its historical and intellectual roots and reflecting upon its future development: An introduction to part II. *The Wiley handbook of contextual behavioral science*, 115-128.
- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Luciano, C., & McEnteggart, C. (2017). From the IRAP and REC model to a multi-dimensional multi-level framework for analyzing the dynamics of arbitrarily applicable relational responding. *Journal of contextual behavioral science*, 6(4), 434-445.
- Barraca, J. (2011). ¿Aceptación o control mental? Terapias de aceptación y mindfulness frente a las técnicas cognitivo-conductuales para la eliminación de pensamientos intrusos. *Análisis y modificación de conducta*, 37 (155-156) 43-63.
- Baum, W. M. (2017). *Understanding behaviorism: Behavior, culture, and evolution*. John Wiley & Sons.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Nueva York: Hoeber.
- Beck, A. T. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Emery, G. y Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer (Trabajo original publicado en 1979).
- Beck, A. T., y Dozois, D. J. (2011). Cognitive therapy: current status and future directions. *Annual review of medicine*, 62(1), 397-409. doi:10.1146/annurev-med-052209-100032
- Berg, H., & Slaattelid, R. (2017). Facts and values in psychotherapy—A critique of the empirical reduction of psychotherapy within evidence-based practice.

- Journal of evaluation in clinical practice, 23(5), 1075-1080.
doi:10.1111/jep.12739
- Beutler, L. E. (2000). Empirically based decision making in clinical practice. *Prevention & Treatment*, 3(1). doi:10.1037/1522-3736.3.1.327a
- Blanchard, EB, Appelbaum, KA, Radnitz, CL, Michultka, DM, Morrill, B, Kirsch, C., Hillhouse, J, Evans, DD, Guarnieri, P, Attanasio, V, Andraski, F, Jaccard, J, & Dentinger, MP (1990). A placebo-controlled evaluation of abbreviated progressive muscle relaxation and relaxation combined with cognitive therapy in the treatment of tension headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 210-215. doi:10.1037/0022-006x.58.2.210
- Braun, J. D., Strunk, D. R., Sasso, K. E., & Cooper, A. A. (2015). Therapist use of Socratic questioning predicts session-to-session symptom change in cognitive therapy for depression. *Behaviour research and therapy*, 70, 32-37. doi:10.1016/j.brat.2015.05.004
- Braun, J.D; Strunk, D.R.; Sasso, K.E.; Cooper, A.A. Therapist use of Socratic questioning predicts session-to-session symptom change in cognitive therapy for depression. *Behaviour Research and Therapy*, 70, 32–37. doi:10.1016/j.brat.2015.05.004
- Bueno, R. (2011). Los eventos privados: del conductismo metodológico al interconductismo. *Universitas Psychologica*, 10(3). doi:10.11144/javeriana.upsy10-3.epcm
- Burns, D. D. (1980). *Mood Therapy: The New Approach to Feeling Good*. Nueva York: Morrow.
- Burns, D. D., & Spangler, D. L. (2000). Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive-behavioral therapy or does improvement lead to increased homework compliance? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 46–56. doi:10.1037/0022-006x.68.1.46

- Butler, A., Chapman, J., Forman, E., & Beck, A. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17–31. doi:10.1016/j.cpr.2005.07.003
- Caballo, V. E., Lega, L. y González, S. (1986, noviembre). Factor analysis of a back-translated Spanish version of the scale of Attitudes and Beliefs. Ponencia presentada en el “30th Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy”, Nueva York.
- Calero Elvira, A., Froján Parga, M. X., & Montaña Fidalgo, M. (2011). Investigación de resultados y de procesos sobre la técnica de reestructuración cognitiva = Outcome and processes research on cognitive restructuring technique. *Apuntes de Psicología*, 29(3), 359–377. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,url,uid&db=psych&AN=2012-25431-002&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
- Calero, A., Froján, M. X., Ruiz, E. M., y Vargas, I. (2011). Conducta verbal de terapeutas y pacientes durante la aplicación de los distintos componentes de la reestructuración cognitiva. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(2), 133–150.
- Calero-Elvira, A., Froján-Parga, M. X., Ruiz-Sancho, E. M., y Alpañés-Freitag, M. (2013). Descriptive Study of the Socratic Method: Evidence for Verbal Shaping. *Behavior Therapy*, 44(4), 625–638. doi:10.1016/j.beth.2013.08.001
- Camacho, J. (2003). El ABC de la terapia cognitiva. Recuperado de <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- Carey, T. A. y Mullan, R. J. (2004). What is Socratic Questioning? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 217–226. doi:10.1037/0033-3204.41.3.217
- Carey, T. A., & Mullan, R. J. (2004). What is Socratic questioning? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 217–226. doi:10.1037/0033-3204.41.3.217

- Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiety*. doi.org/10.1002/da.22728
- Carter, J. C., Olmsted, M. P., Kaplan, A. S., McCabe, R. E., Mills, J. S., & Aimé, A. (2003). Self-Help for Bulimia Nervosa: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 160(5), 973–978. doi:10.1176/appi.ajp.160.5.973
- Catania, A. C. (1989). Rules as classes of verbal behaviour: A reply to Glenn. *The Analysis of Verbal Behavior*, 7, 49-50. doi:10.1007/bf03392835
- Catania, A. C., Matthews, B. A. y Shimoff, E. (1982). Instructed versus shaped human verbal behavior: interactions with non-verbal responding. *Journal of the experimental analysis of behavior*, 38, 233-248. doi:10.1901/jeab.1982.38-233
- Chambless D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., et al. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3–16.
- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Johnston, S. B., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., et al. (1996) An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49(2), 5-18.
- Ching, L. E., & Dobson, K. S. (2010). An investigation of extreme responding as a mediator of cognitive therapy for depression. *Behaviour research and therapy*, 48(4), 266-274. doi:10.1016/j.brat.2009.12.007
- Clark, D.A. (2013). Cognitive restructuring. En S.G. Hofmann & D. Dozois (Eds.), *The Wiley handbook of cognitive behavioral therapy* (pp. 1–22). doi:10.1002/9781118528563.wbcbt02

- Clark, D.M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 52-96). Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/med:psych/9780192615879.001.0001
- Clark, G. I., & Egan, S. J. (2015). The Socratic method in cognitive behavioural therapy: A narrative review. *Cognitive Therapy and Research*, 39(6), 863–879. doi:10.1007/s10608-015-9707-3
- Clark, R. E., Yates, K., Early, S., y Moulton, K. (2010). An Analysis of the Failure of Electronic Media and Discovery-Based Learning. *Handbook of Improving Performance in the Workplace: Instructional Design and Training Delivery* (pp. 263–297). doi:10.1002/9780470587089.ch8
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2007). Applied behavior analysis.
- Cristea, I. A., Huibers, M. J. H., David, D., Hollon, S. D., Andersson, G., & Cuijpers, P. (2015). The effects of cognitive behavior therapy for adult depression on dysfunctional thinking: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 42, 62–71. doi:10.1016/j.cpr.2015.08.003
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Depression, Alone and in Comparison with other Treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376–385. doi:10.1177/070674371305800702
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909–922. doi:10.1037/a0013075
- D’Zurilla, T. y Goldfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107–126. doi:10.1037/h0031360
- David, D., Cotet, C., Matu, S., Mogoase, C., & Stefan, S. (2018). 50 years of rational-emotive and cognitive-behavioral therapy: A systematic review and meta-

- analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(3), 304–318. doi.org/10.1002/jclp.22514
- De Pascual Verdú, R. (2015). La motivación en terapia: Un análisis funcional. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.
- Deacon, B. J., Fawzy, T. I., Lickel, J. J., & Wolitzky-Taylor, K. B. (2011). Cognitive defusion versus cognitive restructuring in the treatment of negative self-referential thoughts: An investigation of process and outcome. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(3), 218. doi:10.1891/0889-8391.25.3.218
- Dean Jr., D., y Kuhn, D. (2007). Direct instruction vs. discovery: The long view. *Science Education*, 91(3), 384–397. doi:10.1002/sce.20194
- Delgado-Delgado, D. M., & Medina-Arboleda, I. F. (2011). Efectos de dos tipos de entrenamiento respondiente sobre la formación de relaciones de equivalencia. *Revista mexicana de análisis de la conducta*, 37(1), 33-50. doi:10.5514/rmac.v37.i1.19475
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., ... Gallop, R. (2005). Cognitive Therapy vs Medications in the Treatment of Moderate to Severe Depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 409. doi:10.1001/archpsyc.62.4.409
- DiBartolo, P. M., Frost, R. O., Dixon, A., & Almodovar, S. (2001). Can cognitive restructuring reduce the disruption associated with perfectionistic concerns? *Behavior Therapy*, 32(1), 167–184. doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80051-4
- DiGiuseppe, R. (1991). Comprehensive Cognitive Disputing in RET. Using Rational-Emotive Therapy Effectively, 173–195. doi:10.1007/978-1-4899-0641-0_7
- Dimidjian, S., Dobson, K. S., Kohlenberg, R. J., Gallop, R., Markley, D. K., Atkins, D. C., et al. (2006). Randomized trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults. *Journal*

- of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670. doi:10.1037/0022-006x.74.4.658
- Dobson, K. S., Dimidjian, S., Kohlenberg, R. J., Rizvi, S. L., Hollon, S. D., Schmalings, K. B., et al. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 468-477. doi:10.1037/0022-006x.76.3.468
- Drapeau, M., D'Iuso, D. A., Dunkley, D., Dobson, K. S., Azzi, M., & Beaulieu, L. (2018). Cognitions matter: The role of cognitive mediators in improving interpersonal functioning and symptoms of depression. *Journal of Psychotherapy Integration*. doi.org/10.1037/int0000139
- Dublin, R. A. (2012). Cognitive restructuring versus cognitive defusion for claustrophobic anxiety and avoidance. Hofstra University.
- Echeburúa, E., Corral Gargallo, P. de, y Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(2). doi:10.5944/rppc.vol.15.num.2.2010.4088
- Ellis, A. (1979). The theory of rational-emotive therapy. En A. Ellis y J.M. Whiteley (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy* (pp. 33-60). Monterrey, CA: Brooks/Cole.
- Ellis, A. y Dryden, W. (1994). *Práctica de la terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1989). *Manual de terapia racional-emotiva* (Vol. 1). Bilbao: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1977)
- Ellis, A., y Lega, L. I. (1993). Como aplicar algunas reglas básicas del método científico al cambio de las ideas irracionales sobre uno mismo, otras personas y la vida en general. *Revista de Psicología Conductual*, 1 (1) 101-110.

- Eseadi, C., Anyanwu, J. I., Ogbuabor, S. E., & Ikechukwu-Ilomuanya, A. B. (2016). Effects of cognitive restructuring intervention program of rational-emotive behavior therapy on adverse childhood stress in Nigeria. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 34(1), 51–72. doi.org/10.1007/s10942-015-0229-4
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324. doi:10.1037/h0063633
- Fairburn, C. G., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., ... Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 70, 64–71. doi:10.1016/j.brat.2015.04.010
- Farmer, C. C., Mitchell, K. S., Parker-Guilbert, K., y Galovski, T. E. (2017). Fidelity to the cognitive processing therapy protocol: evaluation of critical elements. *Behavior therapy*, 48(2). doi:10.1016/j.beth.2016.02.009
- Fernández, E. y Barraca, J. (2017). Behavioral activation versus cognitive restructuring to reduce automatic negative thoughts in anxiety generating situations. *Psicothema*, 29(2), 172-177. doi: 10.7334/psicothema2016.325
- Ferro García, R., Valero Aguayo, L., & López Bermúdez, M. Á. (2016). Fundamentos, características y eficacia de la Psicoterapia Analítica Funcional.
- Freixa, E. (2003). ¿Qué es conducta?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 595-613.
- Froján Parga, M. X., Alpañés Freitag, M., Calero Elvira, A., & Vargas de la Cruz, I. (2010). Una concepción conductual de la motivación en el proceso terapéutico. *Psicothema*, 22 (4), 556-561.
- Froján Parga, M. X., Galván Domínguez, N., Izquierdo Alfaro, I., Ruiz Sancho, E., & Marchena Giráldez, C. (2015). Análisis de las verbalizaciones desadaptativas del cliente y su relación con las verbalizaciones punitivas del

- terapeuta: un estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 39. doi:10.33776/amc.v39i0.2541
- Froján-Parga, M. X., Calero-Elvira, A., Pardo-Cebrián, R., & de Prado-Gordillo, M. N. (2018). Verbal Change and Cognitive Change: Conceptual and Methodological Analysis for the Study of Cognitive Restructuring Using the Socratic Dialog. *International Journal of Cognitive Therapy*, 11(2), 200-221. doi:10.1007/s41811-018-0019-8
- García-Garzon, E., Lecuona, O., & Carbajal, G. V. (2018). Estudios de Replicación, Pre-registros y Ciencia Abierta en Psicología. *Apuntes de Psicología*, 36 (1-2), 75-38. doi:10.31219/osf.io/u3a6r
- Garratt, G., Ingram, R. E., Rand, K. L. y Sawalani, G. (2007). Cognitive processes in cognitive therapy: Evaluation of the mechanisms of change in the treatment of depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 224-239. doi:10.1111/j.1468-2850.2007.00081.x
- Gherman, A., Alionescu, A., & Sucală, M. (2017). Cognitive restructuring for psychological insulin resistance. A randomized clinical intervention. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 17(1), 129–137. doi:10.24193/jebp.2017.1.8
- Giráldez, Marchena, and Carlos Alberto. "Estudio de las instrucciones durante la interacción terapéutica." (2017). Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España.
- Glenn, S. S. (1989). On rules and rule-governed behaviour: a reply to Catania's reply. *The Analysis of Verbal Behavior*, 7, 51-52. doi:10.1007/bf03392836
- Goldfried, M. R. (1971). Systematic desensitization as training in self-control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37 (2), 228-234. doi:10.1037/h0031974

- Goldfried, M. R., Decenteceo, E. T., & Weinberg, L. (1974). Systematic rational restructuring as a self-control technique. *Behavior Therapy*, 5(2), 247–254. doi:10.1016/s0005-7894(74)80140-1
- Gonçalves, O. (1994). Cognitive narrative psychotherapy: The hermeneutic construction of alternative meanings. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 8 (2), 105-126. doi:10.1891/0889-8391.8.2.105
- González, J. E., Nelson, J. R., Gutkin, T. B., Saunders, A., Galloway, A., & Shwery, C. S. (2004). Rational Emotive Therapy With Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 12(4), 222–235. doi.org/10.1177/10634266040120040301
- Guidano, V. (1997). El estado de la cuestión en la terapia cognitiva postracionalista. En I. Caro (ed.), *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp.371-380). Barcelona: Paidós.
- Harvey, A. G., Sharpley, A. L., Ree, M. J., Stinson, K., & Clark, D. M. (2007). An open trial of cognitive therapy for chronic insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2491–2501. doi:10.1016/j.brat.2007.04.007
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. En N. Jacobson (Ed.): *Psychotherapists in clinical practice: cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Blackledge, J. T. y Barnes-Holmes, D. (2001). Language and cognition: Constructing an alternative approach within the behavioral tradition. En Hayes, Steven C.; Barnes-Holmes, Dermot; Roche, Bryan (Eds.), *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. (pp. 3-20). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. doi:10.1007/0-306-47638-x_1
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. New York: Guilford Press.

- Hayes, S. C., Zettle, R. D. y Rosenfarb, I. (1989). Rule-following. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 191-220). Nueva York: Plenum Press.
- Heiniger, L. E., Clark, G. I., & Egan, S. J. (2018). Perceptions of Socratic and non-Socratic presentation of information in cognitive behaviour therapy. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 58, 106-113. doi:10.1016/j.jbtep.2017.09.004
- Herbert, J. D. (2003). The science and practice of empirically supported treatments. *Behavior Modification*, 27(3), 412-430. doi:10.1177/0145445503027003008
- Herruzo, J., & Luciano, M. C. (1994). Procedimientos para establecer la "correspondencia decir-hacer". Un análisis de sus elementos y problemas pendientes. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis del Comportamiento*, 2(2).
- Holland, P. C. (1981). Acquisition of representation-mediated conditioned food aversions. *Learning & Motivation*, 12(1), 1-18. Available via: doi:10.1016/0023-9690(81)90022-9
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Fawcett, J., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Zajecka, J., ... Gallop, R. (2014). Effect of Cognitive Therapy With Antidepressant Medications vs Antidepressants Alone on the Rate of Recovery in Major Depressive Disorder. *JAMA Psychiatry*, 71(10), 1157. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.1054
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., ... Gallop, R. (2005). Prevention of Relapse Following Cognitive Therapy vs Medications in Moderate to Severe Depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 417. doi:10.1001/archpsyc.62.4.417

- Holroyd, K.A., Andrasik, F., & Westbrook, T. (1977). Cognitive control of tension headache. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 121-133. doi:10.1007/bf01173633
- Horvath, A. O. (2016). Emerging trends in psychotherapy process research /Tendencias emergentes en la investigación del proceso psicoterapéutico. *Estudios de Psicología*, 37(2-3), 226-259. doi:10.1080/02109395.2016.1189208
- Jacobs, M. K., & Cochran, S. D. (1982). The effects of cognitive restructuring on assertive behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 6(1), 63-76. doi.org/10.1007/BF01185727
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304. doi:10.1037/0022-006x.64.2.295
- Jakobsen, J. C., Hansen, J. L., Storebø, O. J., Simonsen, E., & Gluud, C. (2011). The effects of cognitive therapy versus “no intervention” for major depressive disorder. *PLoS ONE*, 6(12). doi.org/10.1371/journal.pone.0028299
- James, I. A., Morse, R., & Howarth, A. (2009). The Science and Art of Asking Questions in Cognitive Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(01), 83. doi:10.1017/s135246580999049x
- Jarrett, R. B., Vittengl, J. R., Clark, L. A., & Thase, M. E. (2011). Skills of Cognitive Therapy. *PsycTESTS Dataset*. doi:10.1037/t03742-000
- Kapur, M. (2008). Productive Failure. *Cognition and Instruction*, 26(3), 379-424. doi:10.1080/07370000802212669
- Kazantzis, N., Fairburn, C. G., Padesky, C. A., Reinecke, M., & Teesson, M. (2014). Unresolved Issues Regarding the Research and Practice of Cognitive Behavior Therapy: The Case of Guided Discovery Using Socratic Questioning. *Behaviour Change*, 31(1), 1-17. doi.org/10.1017/bec.2013.29

- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-Based treatments and practice. New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63, 146-159. doi:10.1037/0003-066x.63.3.146
- Kazdin, A. E. (2016). Single-case experimental research designs. In A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues and strategies in clinical research.*, 4th ed. (pp. 459–483). Washington, DC: American Psychological Association. doi.org/10.1037/14805-029
- Kirschner, P. A., Sweller, J., y Clark, R. E. (2006). Why minimal guidance during instruction does not work: An analysis of the failure of constructivist, discovery, problem-based, experiential, and inquiry-based teaching. *Educational psychologist*, 41(2), 75-86. doi:10.1207/s15326985ep4102_1
- Klahr, D., y Nigam, M. (2004). The equivalence of learning paths in early science instruction: Effects of direct instruction and discovery learning. *Psychological Science*, 15(10), 661–667. doi.org/10.1111/j.0956-7976.2004.00737.x
- Klein, R.A., Ratliff, K.A., Vianello, M., Adams, R.B., Bahník, Š., Bernstein, M. J., ... y Nosek, B.A. (2014). Investigating Variation in Replicability. *Social Psychology*, 45 (3), 142-152. doi 10.1027/1864-9335/a000178
- Knobloch-Fedders, L. M., Elkin, I., & Kiesler, D. J. (2015). Looking back, looking forward: A historical reflection on psychotherapy process research. *Psychotherapy Research*, 25(4), 383-395. doi:10.1080/10503307.2014.906764
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Nueva York: Plenum Press.

- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (2008). FAP. Psicoterapia Analítico Funcional. Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas. Málaga: Universidad de Málaga.
- Krause, M., & Altimir, C. (2016). Introduction: current developments in psychotherapy process research /Introducción: desarrollos actuales en la investigación del proceso psicoterapéutico. *Estudios de Psicología*, 37(2-3), 201–225. doi:10.1080/02109395.2016.1227574
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Le'ger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of cognitive– behavioral treatment of generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 957–964. doi:10.1037/0022-006x.68.6.957
- Lange, A., y Van Woudenberg, M. (1994). Cognitive restructuring in behaviour therapy and in psychoanalytical therapy: A content analysis of therapy sessions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 22(1), 65-73. doi:10.1017/s1352465800011814
- Laurenceau, J. P., Hayes, A. M., & Feldman, G. C. (2007). Some methodological and statistical issues in the study of change processes in psychotherapy. *Clinical psychology review*, 27(6), 682-695. doi:10.1016/j.cpr.2007.01.007
- Lazonder, A. W., y Harmsen, R. (2016). Meta-Analysis of Inquiry-Based Learning: Effects of Guidance. *Review of Educational Research*, 86(3), 681–718. doi.org/10.3102/0034654315627366
- Leader, G., & Barnes-Holmes, D. (2001). Matching to sample and respondent-type training as methods for producing equivalence relations: isolating the critical variable. *The Psychological Record*, 51, 429-444. doi:10.1007/bf03395407
- Lega, L., & Velten, E. (2008). ALBERT ELLIS (1913-2007. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(1), 189-193.

- Leitenberg, H. (1973). The use of single-case methodology in psychotherapy research. *Journal of Abnormal Psychology*, 82(1), 87–101. doi.org/10.1037/h0034966
- Llobell, J. P., Frías, M. D., & Monterde, H. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del psicólogo*, 87, 1-8.
- Lorenzo-Luaces, L., DeRubeis, R. J., & Webb, C. A. (2014). Client characteristics as moderators of the relation between the therapeutic alliance and outcome in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 368–373. doi.org/10.1037/a0035994
- Ludvik, D., & Boschen, M. J. (2015). Cognitive restructuring and detached mindfulness: Comparative impact on a compulsive checking task. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 5, 8-15. doi:10.1016/j.jocrd.2015.01.004
- Macías, J., Valero-Aguayo, L., Bond, F. W., & Blanca, M. J. (2019). The efficacy of functional-analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy (FACT) for public employees. *Psicothema*, 31(1), 24-29.
- Maggin, D. M., O'Keeffe, B. V., y Johnson, A. H. (2011). A quantitative synthesis of methodology in the meta-analysis of single-subject research for students with disabilities: 1985–2009. *Exceptionality*, 19(2), 109-135. doi:10.1080/09362835.2011.565725
- Mahoney, M. J. y Arnkoff, D. B. (1978). Cognitive and self-control therapies. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2ª ed., pp. 689-722). Nueva York: Wiley.
- Malott, R. W. (1989). The achievement of evasive goals: control by rules describing contingencies that are not direct acting. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 269-322). Nueva York: Plenum Press. doi:10.1007/978-1-4757-0447-1_8

- Marchena Giráldez, C. A. (2017). Estudio de las instrucciones durante la interacción terapéutica. Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España.
- Marchena-Giráldez, C., Calero-Elvira, A., & Galván-Domínguez, N. (2013). La importancia de las instrucciones del psicólogo para favorecer la adhesión terapéutica. *Clínica y Salud*, 24(2), 55–65. doi:10.1016/s1130-5274(13)70007-0
- Martin, G. y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla* (Ed. rev.). Madrid: Pearson Education. (Trabajo original publicado en 2007)
- Matthews, B. A., Catania, A. C. y Shimoff, E. (1985). Effects of uninstructed verbal behaviour on non verbal responding: contingency descriptions versus performance descriptions. *Journal of the experimental analysis of behavior*, 43, 155-164. doi:10.1901/jeab.1985.43-155
- Matthews, B. A., Shimoff, E., Catania, A. C. y Sagvolden, T. (1977). Uninstructed human reponding: sensitivity to ratio and interval contingencies. *Journal of the experimental analysis of behavior*, 27, 453-467. doi:10.1901/jeab.1977.27-45
- Mayer, R. E. (2004). Should there be a three-strikes rule against pure discovery learning? *American psychologist*, 59(1), 14. doi:10.1037/0003-066x.59.1.14
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An intregrative approach*. Nueva York: Plenum Press.
- Méndez, F. X., Olivares, J., y Moreno, P. (1998). Técnicas de reestructuración cognitiva en *Técnicas de modificación de conducta* (6ª ed., pp. 409–442). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Moffitt, R., Brinkworth, G., Noakes, M., & Mohr, P. (2012). A comparison of cognitive restructuring and cognitive defusion as strategies for resisting a craved food. *Psychology & health*, 27(sup2), 74-90. doi:10.1080/08870446.2012.69443

- Morrow-Bradley, C., & Elliott, R. (1986). Utilization of psychotherapy research by practicing psychotherapists. *American Psychologist*, 41(2), 188–197. doi:10.1037/0003-066x.41.2.188
- Newman, B., Hemmes, N. S., Buffington, D. M., & Andreopoulos, S. (1995). The effects of schedules of reinforcement on instruction-following in human subjects with verbal and nonverbal stimuli. *The Analysis of Verbal Behavior*, 12(1), 31–41. doi:10.1007/bf03392895
- Nieto, E. y Barraca, J. (2017). Behavioral activation versus cognitive restructuring to reduce automatic negative thoughts in anxiety generating situations. *Psicothema*, 29(2), 172–177. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,url,uid&db=psych&AN=2017-25059-004&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
- Norcross, J.C., Koocher, G.P., & Garofalo, A. (2006). Discredited psychological treatments and tests: A Delphi poll. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37, 515–522. doi:10.1037/0735-7028.37.5.515
- Norton, A. R., & Abbott, M. J. (2016). The efficacy of imagery rescripting compared to cognitive restructuring for social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 40, 18–28. doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.009
- Novoa Gómez, M. M. (2002). Algunas consideraciones sobre el dualismo en psicología. *Univérsitas Psicológica*, 1(2).
- O'Donohue, W. T., & Fisher, J. E. (2012). The Core Principles of Cognitive Behavior Therapy. *Cognitive Behavior Therapy*, 1–12. doi:10.1002/9781118470886.ch1
- Okajima, I., Komada, Y., & Inoue, Y. (2010). A meta-analysis on the treatment effectiveness of cognitive behavioral therapy for primary insomnia. *Sleep and Biological Rhythms*, 9(1), 24–34. doi:10.1111/j.1479-8425.2010.00481.x
- Open Science Collaboration (2015). Estimating the reproducibility of psychological science. *Science*, 349 (6251), aac4716. doi:10.1126/science.aac4716

- Overholser, J. C. (1988). Clinical utility of the Socratic method. En C. Stout (Ed.), *Annals of clinical research* (pp. 1-7). Des Plaines, IL, U.S.: Forest Institute.
- Overholser, J. C. (1991). The Socratic method as a technique in psychotherapy supervision. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22(1), 68-74. doi:10.1037/0735-7028.22.1.68
- Overholser, J. C. (1993a). Elements of the socratic method: I. Systematic Questioning. *Psychotherapy*, 30, 67-74. doi:10.1037/0033-3204.30.1.67
- Overholser, J. C. (1993b). Elements of the socratic method: II. Inductive Reasoning. *Psychotherapy*, 30, 75-85. doi:10.1037/0033-3204.30.1.75
- Overholser, J. C. (1994). Elements of the socratic method: III. Universal definitions. *Psychotherapy*, 31, 286-292. doi:10.1037/h0090222
- Overholser, J. C. (1995). Elements of the socratic method: IV. Disavowal of knowledge. *Psychotherapy*, 32, 283-292. doi:10.1037/0033-3204.32.2.283
- Overholser, J. C. (1996). Elements of the socratic method: V. Self-improvement. *Psychotherapy*, 33, 549-559. doi:10.1037/0033-3204.33.4.549
- Overholser, J. C. (1999). Elements of the socratic method: VI. Promoting virtue in everyday life. *Psychotherapy*, 36, 137-145. doi:10.1037/h0087815
- Overholser, J. C. (2011). Collaborative empiricism, guided discovery, and the Socratic method: Core processes for effective cognitive therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(1), 62-66. doi:10.1111/j.1468-2850.2011.01235.x
- Overholser, J. C. (2015). Positive psychotherapy according to the socratic method. *Journal Of Contemporary Psychotherapy*, 45(2), 137-142. doi:10.1007/s10879-014-9279-7
- Padesky, C. A. (1993). Socratic questioning: Changing minds or guiding discovery. Paper presented at the A keynote address delivered at the European Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, London.

- Pateman, T. (1999). Psychoanalysis and Socratic education. En S. Appel (Ed.), *Psychoanalysis and pedagogy* (pp. 45-51). Westport, CT, U.S.: Bergin & Garvey.
- Pérez Álvarez, M. (2012). La conducta de las operaciones mentales (apuntes críticos y reconstructivos). *Apuntes de Psicología*, 30 (1-3), 63-68.
- Pérez Fernández, V. J., Gutiérrez Domínguez, M. J., García García, A., & Gómez Bujedo, J. (2010). *Procesos psicológicos básicos: un análisis funcional*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Pérez, M., Fernández, J. R., Fernández, C. y Amigo, I. (2003). El fin de la inocencia en los tratamientos psicológicos. Análisis de la situación actual. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces (I). Adultos* (pp. 17-34). Madrid: Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M. (2011). *El mito del cerebro creador. Cuerpo, conducta y cultura*. Madrid: Alianza Editorial.
- Perone, M., Galizio, M. y Baron, A. (1988). The relevance of animal-based principles in the laboratory study of human operant conditioning. Human operant conditioning and behavior modification. En G. Davey y C. Cullen, (Eds), *Human operant conditioning and behavior modification*, (pp. 59-85). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Poling, A., Picker, M., Grossett, D., Hall-Johnson, E., & Holbrook, M. (1981). The Schism Between Experimental and Applied Behavior Analysis: Is It Real and Who Cares? *The Behavior Analyst*, 4(2), 93–102. doi:10.1007/bf03391858
- Poppen, R. L. (1989). Some Clinical Implications of Rule-Governed Behavior. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 325-357). Nueva York: Plenum Press. doi:10.1007/978-1-4757-0447-1_9
- Ribes, E. (1982). Los eventos privados: ¿Un problema para la teoría de la conducta?. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 8(1), 11-29.

- Ribes-Iñesta, E. (2008). Conducta verbal de B. F. Skinner: un análisis retrospectivo. *Journal of Psychology and pshychological therapy*. 8 (3), 323-334.
- Risley, T. R., & Hart, B. (1968). Developing correspondence between the nonverbal and the verbal behavior of preschool children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 267-281. doi:10.1901/jaba.1968.1-267
- Rizvi, S. L., & Ferraioli, S. J. (2012). Single-case experimental designs. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological*. (pp. 589–611). Washington, DC: American Psychological Association. doi.org/10.1037/13620-031
- Ruiz-Sancho, E. (2011). Una aproximación funcional al estudio de la interacción verbal en terapia. Tesis doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Ryle, G. (1949). *The concept of mind*. London, England: Hutchinson's University Library.
- Safran, J. D., Abreu, I., Ogilvie, J., & DeMaria, A. (2011). Does Psychotherapy Research Influence the Clinical Practice of Researcher-Clinicians? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(4), 357–371. doi:10.1111/j.1468-2850.2011.01267.x
- Sánchez, J., Alcázar, A. I. R., y Olivares, J. (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: meta-análisis de la literatura española. *Psicothema*, 11(3).
- Sasso, K. E., Strunk, D. R., Braun, J. D., DeRubeis, R. J., & Brotman, M. A. (2015). Identifying moderators of the adherence-outcome relation in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(5), 976–984. doi.org/10.1037/ccp0000045.supp (Supplemental)

- Schlinger H. D. (2008). Listening is behaving verbally. *The Behavior analyst*, 31(2), 145-61. doi:10.1007/bf03392168
- Schlinger, H. D. (1990). A reply to behaviour analysts writing about rules and rule-governed behaviour. *The Analysis of Verbal Behavior*, 8, 77-82. doi:10.1007/bf03392849
- Schlinger, H. D. y Blakely, E. (1987). Function-altering effects of contingency-specifying stimuli. *The Behavior Analyst*, 10, 41-45. doi:10.1007/bf03392405
- Schneider, B., Bumbacher, E., & Blikstein, P. (2015). Discovery versus direct instruction: Learning outcomes of two pedagogical models using tangible interfaces. *Exploring the Material Conditions of Learning: Opportunities and Challenges for CSCL, the Proceedings of the Computer Supported Collaborative Learning (CSCL) Conference*, vol. 1 (2015), pp. 364-371.
- Shean, G. D. (2012). Some Limitations on the External Validity of Psychotherapy Efficacy Studies and Suggestions for Future Research. *American Journal of Psychotherapy*, 66(3), 227-242. doi:10.1176/appi.psychotherapy.2012.66.3.227
- Shikatani, B., Antony, M. M., Kuo, J. R., & Cassin, S. E. (2014). The impact of cognitive restructuring and mindfulness strategies on postevent processing and affect in social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 570-579. doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.05.012
- Shimoff, E. Catania, A. C. y Matthews, B. A. (1981). Uninstructed human responding: sensitivity of low-rate performance to schedule contingencies. *Journal of the experimental analysis of behavior*, 36, 207-220. doi:10.1901/jeab.1981.36-207
- Shimoff, E., Matthews, B. A. y Catania, A. C. y (1986). Human operant performance: sensitivity and pseudosensitivity to contingencies. *Journal of the experimental analysis of behavior*, 46, 149-157. doi:10.1901/jeab.1986.46-149

- Shorkey, C. y Whitema, V. (1977): Development of the Rational Behavior Inventory: Initial validity and reliability. *Educational and Psychological Measurement*, 37, 527- 534. doi:10.1177/001316447703700232
- Shurick, A. A., Hamilton, J. R., Harris, L. T., Roy, A. K., Gross, J. J., & Phelps, E. A. (2012). Durable effects of cognitive restructuring on conditioned fear. *Emotion*, 12(6), 1393–1397. doi.org/10.1037/a0029143.supp (Supplemental)
- Sidman, M. y Tailby, W. (1982). Conditional discrimination vs. matching to sample: An expansion of the testing paradigm. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 37, 5-22. doi:10.1901/jeab.1982.37-5
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms*. Nueva York: Appleton Century Crofts.
- Skinner, B. F. (1957/1981). *Conducta Verbal*. México: Trillas.
- Skinner, B. F. (1963). Behaviorism at Fifty: The rapid growth of a scientific analysis of behavior calls for a restatement of the philosophy of psychology. *Science*, 140(3570), 951–958. doi:10.1126/science.140.3570.951
- Skinner, B. F. (1966). An operant analysis of problem solving. En B. Kleinmuntz (Ed.), *Problem solving: Research, method and theory* (pp. 225-257). New York, NY: Wiley.
- Skinner, B. F. (1970). La ciencia de aprender y el arte de enseñar. Tecnología de la Enseñanza. Barcelona: labor.
- Skinner, B. F. (1974/1977). Sobre el conductismo. Barcelona: Fontanella.
- Skinner, B.F. (1969). *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Smith, J. D. (2012). Single-case experimental designs: A systematic review of published research and current standards. *Psychological Methods*, 17(4), 510–550. doi:10.1037/a0029312
- Smith, M. L. y Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760. doi:10.1037/0003-066x.32.9.752

- Staats, A. W. (1983). *Aprendizaje, lenguaje y cognición*. México: Trillas. (Trabajo original publicado en 1967)
- Stein, h. (1991). Adler and Socrates: Similarities and differences. *Journal of Individual Psychology*, 47, 241–246.
- Strunk, D. R., Brotman, M. A., & DeRubeis, R. J. (2010). The process of change in cognitive therapy for depression: Predictors of early inter-session symptom gains. *Behaviour research and therapy*, 48(7), 599-606. doi:10.1016/j.brat.2010.03.011
- Strunk, D. R., Cooper, A. A., Ryan, E. T., DeRubeis, R. J., & Hollon, S. D. (2012). The process of change in cognitive therapy for depression when combined with antidepressant medication: Predictors of early intersession symptom gains. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 730 –738. doi:10.1037/a0029281
- Tate, R. L., Perdices, M., Rosenkoetter, U., Shadish, W., Vohra, S., Barlow, D. H., ... Wilson, B. (2016). The Single-Case Reporting Guideline In BEhavioural Interventions (SCRIBE) 2016 Statement. *Physical Therapy*, 96(7), e1–e10. doi:10.2522/ptj.2016.96.7.e1
- Taylor, S., Woody, S., Koch, W. J., McLean, P., Paterson, R. J. y Anderson, K. W. (1997). Cognitive restructuring in the treatment of social phobia. *Behavior Modification*, 21, 487-511. doi:10.1177/01454455970214006
- Teasdale, J. D., Scott, J., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., & Paykel, E. S. (2001). How does cognitive therapy prevent relapse in residual depression? Evidence from a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 347–357. doi:10.1037/0022-006x.69.3.347
- Tonneau, F. (2004). Verbal understanding and Pavlovian Processes. *The Behavior Analyst Today*, 5, 158-169. doi:10.1037/h0100029
- Tonneau, F. (2011). Belief Modification in Cognitive Therapy. *Clínica y Salud*, 22(3), 257–266. doi:10.5093/cl2011v22n3a6

- Tonneau, F., & González, C. (2004). Function transfer in human operant experiments: the role of stimulus pairings. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 81(3), 239–255. doi:10.1901/jeab.2004.81-239
- Tonneau, F., Arreola, F., & Martínez, (2006). Function transformation without reinforcement. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 85(3), 393-405. Available via: doi: 10.1901/jeab.2006.49-05
- Törneke, N., Luciano, C., & Valdivia-Salas, S. (2008). Rule-governed behavior and psychological problems. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8, 141-156.
- Turner, M., & Barker, J. B. (2013). Examining the efficacy of rational-emotive behavior therapy (REBT) on irrational beliefs and anxiety in elite youth cricketers. *Journal of Applied Sport Psychology*, 25(1), 131–147. doi.org/10.1080/10413200.2011.574311
- Vargas, I. (2011). *Estudio de las reglas que emite el terapeuta durante la intervención clínica*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España.
- Vargas-de la Cruz, I., Pardo-Cebrián, R., Sánchez, H. M., & Froján-Parga, M. X. (2018). Rule Emission: A Possible Variable for Improved Therapeutic Practice. *The Spanish Journal of Psychology*, 21. doi:10.1017/sjp.2018.42
- Vaughan, M. (1989). Rule-governed behavior in behavior analysis: A theoretical and experimental history. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 97-118). Nueva York: Plenum Press. doi:10.1007/978-1-4757-0447-1_3
- Virués-Ortega, J. (2004). Distinciones entre conductismo psicológico y radical con referencia al comportamiento verbal: Una entrevista con Arthur W. Staats. *Acta comportamentalia: revista latina de análisis del comportamiento*, 12(1), 75-90.

- Vittengl, J. R., Clark, L. A., Thase, M. E., & Jarrett, R. B. (2014). Are improvements in cognitive content and depressive symptoms correlates or mediators during acute-phase cognitive therapy for recurrent major depressive disorder? *International Journal of Cognitive Therapy*, 7(3), 251–271. doi.org/10.1521/ijct.2014.7.3.251
- Vygotsky, L. S. (1964). Thought and language. *Annals of Dyslexia*, 14(1), 97-98. doi:10.1007/bf02928399
- Westbrook, D., Kennerley, H., y Kirk, J. (2011). *An introduction to cognitive behaviour therapy: Skills y applications*. Londres: SAGE.
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychological Bulletin*, 130(4), 631–663. doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.631
- Whisman, M. A. (1993). Mediators and moderators of change in cognitive therapy of depression. *Psychological Bulletin*, 114, 248-265. doi:10.1037/0033-2909.114.2.248
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Young, J., y Beck, A. T. (1980). *Cognitive therapy rating scale manual*. PsycTESTS Dataset. doi:10.1037/t00834-000

*Anexo A. Modelo de consentimiento
informado 1*

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Grabación de sesiones clínicas



Usted tiene derecho a ser informado de cualquier grabación que se realice de las sesiones clínicas en las que participe. Este documento intenta explicarle todas las cuestiones relativas a las grabaciones que, dado el caso, se realizarían de estas sesiones. Léalo atentamente y consulte con el psicólogo todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, usted tendrá que firmar el consentimiento informado para que podamos realizar las grabaciones y, en caso de que no dé su consentimiento, estas grabaciones nunca serán tomadas. La participación en este estudio es completamente voluntaria y su negativa a participar no conllevará la pérdida de beneficio alguno en el tratamiento psicológico.

1. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INVESTIGACIÓN EN MARCHA

Desde la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid se está llevando a cabo un proyecto de investigación para el análisis de las variables asociadas al cambio de conducta en terapia. El objetivo último de esta investigación es la identificación de los factores relacionados con el cambio en la clínica en un intento por comprender mejor el fenómeno terapéutico. Para ello se analizará fundamentalmente el comportamiento verbal del psicólogo, con el fin de estudiar la interacción entre el psicólogo y la persona que recibe tratamiento psicológico pero nunca se juzgará o valorará el comportamiento de la persona que recibe tratamiento psicológico.

Sólo con un estudio riguroso, sistemático y, en definitiva, científico, estaremos en disposición de entender qué elementos están relacionados con el éxito y el fracaso en terapia y será posible idear formas de mejorar la actuación de los psicólogos en la clínica, pudiendo así ofrecer un mejor servicio a todas aquellas personas que soliciten su ayuda. Para que este proyecto pueda llevarse a cabo, se hace imprescindible la colaboración de terapeutas y clientes que nos permitan el estudio del proceso terapéutico en el que se van a ver inmersos. Por este motivo, nos gustaría solicitar su consentimiento para poder llevar a cabo la observación de la terapia que está a punto de iniciar.

2. PROCEDIMIENTO DE GRABACIÓN

La grabación se realizará, en caso de obtener su consentimiento, a través de un circuito cerrado de cámara y vídeo instalado en el centro. Durante la grabación de las sesiones clínicas únicamente se enfocará al terapeuta, por lo que su imagen nunca será grabada, si bien tanto su voz como la del psicólogo podrán ser escuchadas.

3. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Las grabaciones serán utilizadas únicamente con fines de investigación y solamente por parte del personal investigador que forma parte del proyecto, guardándose siempre las

grabaciones en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información.

Al realizar el análisis de datos, en ningún caso se harán públicos los datos relativos a la identidad ni otros datos personales de la persona que recibe tratamiento psicológico, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

4. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Si, en el caso de consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la terapia o tras ésta usted desea dejar de colaborar en nuestra investigación, le rogamos que nos lo comunique e inmediatamente se dejarán de grabar las sesiones y/o se destruirán todos los vídeos existentes y/o registros derivados de la observación de los mismos. Esto no supondrá en ningún caso perjuicio alguno para el tratamiento psicológico que usted esté recibiendo.

5. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Don/Dña. he leído el documento de consentimiento informado que me ha entregado el/la psicólogo/a Don/Dña., he comprendido las explicaciones que éste/a me ha facilitado acerca de la investigación que se está llevando a cabo en la Universidad Autónoma de Madrid y el/la psicólogo/a me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de investigación.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO que se realicen las grabaciones de las sesiones clínicas que ahora comienzo y que sean utilizadas para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

En Madrid, a de de 200...

Firmado:

Don/Dña. _____
(El/la cliente)

Yo, Don/Dña....., declaro que he discutido el contenido de este documento de consentimiento informado con el /la arriba firmante.

Firma del psicólogo/a:

Don/Dña. _____

*Anexo B. Modelo de consentimiento
informado 2*

HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

INVESTIGADORES RESPONSABLES Y DATOS DE CONTACTO:

Ana Calero Elvira, Doctora en Psicología. Universidad Autónoma de Madrid

Teléfono: 914976515

Email: ana.calero@uam.es

Rebeca Pardo Cebrián, Psicóloga y estudiante de doctorado. Universidad Autónoma de Madrid.

Teléfono: 669347728

Email: rebeca.pardocebrian@gamil.com

Javier Virués Ortega, Doctor en Psicología. Universidad de Auckland (Nueva Zelanda):

Email: j.virues-ortega@auckland.ac.nz

TÍTULO DEL PROYECTO: Moldeamiento verbal en del debate Socrático: una aproximación experimental en el contexto clínico.

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN:

Objetivos

El presente estudio se enmarca dentro de un proyecto de investigación más amplio que tiene como objetivo analizar la técnica de reestructuración cognitiva y de las variables asociadas a su eficacia en terapia psicológica. La técnica de reestructuración cognitiva es una de las más empleadas en terapia por los psicólogos y dentro de esta técnica existen diferentes componentes; uno de esos componentes es el debate, en el que el psicólogo enseña al cliente a modificar los pensamientos que le generan malestar.

El presente estudio tiene dos objetivos. El primero es demostrar experimentalmente que uno de procesos de aprendizaje presentes en la técnica del debate es el moldeamiento verbal. El segundo objetivo es analizar cuál de las posibles formas de aplicación del debate es más eficaz.

Las técnicas de intervención psicológica que se emplearán en el presente estudio, o más concretamente, las diferentes formas en las que se aplique el debate, son estrategias que

se usan frecuentemente en terapia y que han demostrado en numerosos estudios previamente su eficacia. Todas las técnicas que se utilizarán en la intervención con cada persona son las que se utilizarían aunque no se participase en este estudio. La única diferencia es que aquellas personas que participen recibirán distintas formas de aplicación del debate para poder diferenciar cuál es más eficaz. Si con una de las formas de intervención no se alcanzase el objetivo para el cliente, se pasaría a implementar la otra forma. Por esta razón, la participación en este estudio no supone ningún efecto negativo para la salud psicológica de los participantes ni afecta a la eficacia o resultados del tratamiento psicológico en su conjunto.

Para que este proyecto pueda llevarse a cabo, se hace imprescindible la colaboración de personas que quieran participar en el programa y, al mismo tiempo, nos permitan analizar los resultados de su participación.

Este proyecto se llevará a cabo de acuerdo con los principios éticos que tienen su origen en la Declaración de Helsinki y siguiendo las buenas prácticas clínicas según la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica.

Duración:

La participación en el experimento tendrá la misma duración que tenga el tratamiento psicológico que cada usuario requiera (y que no se puede predecir antes del comienzo del tratamiento psicológico), además de tres sesiones de seguimiento una vez haya finalizado el tratamiento psicológico: a los 15 días, al mes y a los 3 meses. Las sesiones de seguimiento forman parte habitual de los tratamientos psicológicos en el Centro de Psicología Aplicada, pero si el psicólogo considerase que no harían falta en este caso, se ofrecerán al participante de forma gratuita. El experimento no se llevará a cabo en todas las sesiones de terapia sino sólo en algunas de ellas: en todas las sesiones de la fase de evaluación; de las sesiones de tratamiento, se llevará a cabo en las sesiones en las que se aplique reestructuración cognitiva; después, en sesiones posteriores sólo para tomar medidas de evaluación nuevamente. En las demás sesiones no se realizará ninguna modificación con respecto al plan de tratamiento que se realizaría en caso de no estar participando en la intervención.

Las sesiones del experimento se incluyen dentro de las sesiones de terapia, y forman parte de la misma, ayudando a avanzar en la evaluación y en el tratamiento psicológico siempre acordes a los objetivos terapéuticos planteados. El tiempo dedicado dentro de las sesiones a la técnica de debate tienen una duración variable en función del objetivo que persigan (evaluación o tratamiento), con una duración habitual que oscila entre un tiempo mínimo de 2 minutos y un máximo de 20 minutos.

Participación voluntaria y compensación económica

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su psicólogo o con el Centro, ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento. Si en algún momento decide cesar su participación, le rogamos que nos lo comunique y a partir de ese momento se dejarán de utilizar sus datos con fines de investigación. Además, debe saber que no recibirá compensación económica por su participación y que ésta no le supondrá ningún gasto adicional al propio tratamiento psicológico.

Cómo se preserva la confidencialidad:

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de investigación y solamente por parte del personal investigador que forma parte del proyecto, guardándose siempre sus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información y atendiendo a un estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal.

De acuerdo al protocolo de actuación del Centro de Psicología Aplicada, todas las sesiones de intervención psicológica son grabadas, tal y como se describe en el documento de información y consentimiento destinado a tal fin que se entrega a todos los usuarios del centro. Estas grabaciones se utilizarán también para la presente investigación, siempre garantizando que la cámara enfoca directamente al rostro del terapeuta y no a la del cliente.

Al realizar el análisis de datos, únicamente se utilizará la información sobre sus datos socio-demográficos (edad, sexo, nivel educativo y situación laboral) y en ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

Con quién puedo contactar para cualquier duda:

Ana Calero Elvira, Doctora en Psicología. Universidad Autónoma de Madrid

Teléfono: 914976515

Email: ana.calero@uam.es

Rebeca Pardo Cebrián, Psicóloga y estudiante de doctorado. Universidad Autónoma de Madrid.

Teléfono: 669347728

Email: rebeca.pardocebrian@gamil.com

Javier Virués Ortega, Doctor en Psicología. Universidad de Auckland (Nueva Zelanda):

Email: j.virues-ortega@auckland.ac.nz

HOJA DE CONSENTIMIENTO

Declaro:

1. Que he leído y entendido toda la información oral y escrita en relación a la participación en el citado proyecto.
2. Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Participante y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio.
3. He tenido la oportunidad de debatir y preguntar sobre dicha información y he recibido las respuestas adecuadas por parte de alguno de los miembros del equipo investigador encargado de este estudio.
4. Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
5. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y soy consciente que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga dar explicación alguna.
6. Doy mi consentimiento a la utilización de los datos obtenidos en congresos y/o publicaciones. La Dirección de la investigación garantiza en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre que toda la información que se obtenga será utilizada exclusivamente para la consecución de los objetivos del proyecto de investigación, asegurándose la más absoluta confidencialidad de los datos de los participantes en el estudio.

En....., a..... de..... De 20.....

Firmado:

Don/Dña. _____
(El/la participante)

*Anexo C. Guía para la identificación de
la técnica de reestructuración y la
clasificación de sus procedimientos
terapéuticos*

***GUÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA TÉCNICA DE REESTRUCTURACIÓN Y
LA CLASIFICACIÓN DE SUS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS***

Índice de contenidos

1. ¿QUÉ SE CONSIDERA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA?.....	1
1.1 La reestructuración en el proceso terapéutico.....	1
1.2 Procedimientos terapéuticos.....	1
2. CLASIFICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS	3
3. IDENTIFICACIÓN DE LOS FRAGMENTOS DE REESTRUCTURACIÓN.....	3
3.1 Inicio y final de la reestructuración cognitiva.....	3
3.2 Interrupciones.....	4

1. ¿QUÉ SE CONSIDERA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA?

1.1 La reestructuración en el proceso terapéutico

Se considerará que la técnica de reestructuración cognitiva tiene lugar sólo a partir del momento del proceso terapéutico en que se explica al cliente el análisis funcional, pues se entiende que es a partir de ese punto cuando se van a aplicar las técnicas de intervención. Puede ocurrir que en la misma sesión de explicación del análisis funcional, y después de esta explicación, el psicólogo aplique la técnica y entonces se señalaría como tal. Es cierto que, en ocasiones, el psicólogo puede emplear la reestructuración cognitiva antes de comenzar propiamente el tratamiento, pero habitualmente en estos casos suelen ser pequeños debates de aspectos específicos y no suelen suponer un desarrollo de la técnica de reestructuración de forma extensa y sistemática; es por ello que se limitará la muestra observada de dicha técnica a partir de la explicación del problema al cliente por parte del psicólogo.

1.2 Procedimientos terapéuticos

Se identificarán como procedimientos terapéuticos de la reestructuración cognitiva los siguientes:

- Las explicaciones acerca de la influencia de los pensamientos en lo que sentimos y hacemos (teoría A-B-C) y la explicación de por qué ciertos pensamientos son irracionales o disfuncionales.
- Las explicaciones sobre lo que es la técnica de reestructuración cognitiva.
- La propuesta de tareas y pautas de actuación para realizar fuera de la sesión. Sólo se señalarán las tareas que tienen relación directa con la reestructuración, por ejemplo, cuando se le dan pautas en el sentido de que genere nuevas verbalizaciones que sirvan de antecedente de otras conductas o bien se le pide que haga una “prueba de realidad” de sus verbalizaciones desadaptativas. Con respecto a la propuesta de tareas, es posible encontrar un fragmento de reestructuración en el que se está entrenando al cliente, por ejemplo, en el procedimiento de debate, y sólo al final de la explicación, el psicólogo verbaliza que ese ejercicio tendrá que realizarlo esa semana como tarea fuera de sesión. Aunque esta última verbalización sea un fragmento muy breve, será un fragmento de propuesta de tareas, separada y distinta del fragmento anterior que corresponden a otro procedimiento terapéutico.
- La revisión de estas tareas para casa que el cliente ha realizado durante el periodo entre sesiones. Aunque la revisión de tareas consista únicamente en evaluar si se han realizado y el cliente conteste con una negativa, se registrará este fragmento como revisión de tareas para casa, pues aunque no revisen las pautas, clínicamente es relevante identificar esta actuación terapéutica. Se anotará en observaciones que el cliente no ha traído las tareas.
- El debate entre psicólogo y cliente, entendido éste como el procedimiento a través del cual el primero trata de cambiar una verbalización desadaptativa del segundo por medio del diálogo entre ambos. También se consideran debate las partes en las que se mezcla éste con la explicación del comportamiento, siempre que esa parte de

explicación se dirija a modificar verbalizaciones desadaptativas. Hay que diferenciar estos casos de los que solamente son explicación, por ejemplo, del análisis funcional o de ciertos comportamientos del cliente u otras personas, que no son debate.

- El repaso de ideas debatidas previamente por medio del cual se comprueba que el cliente sigue estando de acuerdo con las verbalizaciones ya reestructuradas y se matizan algunas cuestiones.
- El entrenamiento del procedimiento de debate en sesión (no es lo mismo que debatir una idea concreta, es entrenar al cliente en ello).

2. CLASIFICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS.

Los fragmentos de debate propiamente dicho (o de repaso de ideas debatidas previamente o de entrenamiento en debate) a veces van acompañados durante su desarrollo de otros aspectos, como una explicación de la importancia de los pensamientos o la propuesta de tareas para casa. En estos casos, los fragmentos completos se clasificarán como debate, aunque se señale en la medida de lo posible la utilización de los otros procedimientos en la columna “Comentarios” durante el registro con The Observer XT.

En muchas otras ocasiones encontraremos los otros procedimientos de reestructuración de manera independiente al debate de ideas y en estos casos se clasificarán en función del tipo de procedimiento que se aplique.

Cuando haya mezcla entre sí de los distintos procedimientos de reestructuración distintos del debate, en el caso de que uno de ellos sea claramente el predominante y el otro represente una parte mínima y difícilmente diferenciable del otro, entonces se clasificará el fragmento completo en función del procedimiento principal. En el caso de que puedan separarse claramente ambos procedimientos, se registrarán y clasificarán por separado, pero en los casos en los que no se pueda y no haya un procedimiento claramente predominante, se registrará todo el fragmento como uno solo y se categorizará como “Mixto” en cuanto al tipo de actividad clínica.

Los criterios a tener en cuenta para diferenciar entre el predominio de un procedimiento terapéutico que se mezcla con otros procedimientos frente a dos procedimientos terapéuticos clasificados de forma independiente será fundamentalmente:

- a) La duración. El procedimiento principal o predominante ha de ser significativamente mayor en su extensión temporal que los otros procedimientos que se entremezclan.
- b) El contenido. El contenido de los otros procedimientos que se mezclan al principal, han de ir en la línea del contenido de que se está trabajando. En general estos otros procedimientos “menores” acompañan al principal, clarifican algún aspecto pero tienen un menor peso.

3. IDENTIFICACIÓN DE LOS FRAGMENTOS DE REESTRUCTURACIÓN

3.1 Inicio y final de la reestructuración cognitiva

Se acuerda que el inicio de cualquiera de los procedimientos de reestructuración cognitiva se situará en la primera verbalización del psicólogo al respecto y, de manera

general, también se señalará el final a partir de una verbalización del psicólogo, no del cliente, pues suele ser el primero el que marca los cambios de actividad clínica. En algunos casos se considerará el final de la reestructuración en una verbalización del cliente y esto tendrá lugar cuando ésta sea importante para comprender el fragmento. Por ejemplo, cuando hay un debate muy breve en el que el psicólogo explica y hace unas pocas preguntas y el cliente muestra su aceptación sólo al final, si no se registra la aceptación del cliente, se perdería esta parte importante del debate.

En ocasiones es difícil identificar el punto final de un procedimiento de reestructuración. En caso de duda, se marcará siempre el final cuando parezca que el psicólogo inicia otra tarea, persigue un objetivo diferente o aplica otra técnica. Por ejemplo, cuando después del debate de ideas acerca de las relaciones sociales se entrena en habilidades sociales.

3.2 Interrupciones

Es habitual encontrar que el psicólogo o el cliente interrumpen con otra cosa un procedimiento de debate. Cuando sea el psicólogo quien realice o siga la interrupción, siempre que sea breve y los contenidos de la misma sean ajenos a aspectos terapéuticos (por ejemplo, se hace un comentario sobre la temperatura, sobre la siguiente cita, etc.) y cuando se prosiga después de la interrupción con dicho procedimiento terapéutico, todo el fragmento se clasificará dentro de un mismo procedimiento terapéutico. En cambio, si se interrumpe un procedimiento para abordar otro aspecto terapéutico (evalúan un nuevo aspecto, entrenan alguna estrategia, etc.), aunque después se retome el procedimiento de reestructuración cognitiva, los fragmentos identificados se registrarán de forma independiente y no de forma unificada.

La interacción psicólogo cliente supone que, dentro de un procedimiento terapéutico, el cliente interrumpa o simplemente siga desarrollando o hablando de ese mismo tema que se está reestructurando, haciendo preguntas, planteando su perspectiva, dando más detalles o explicando otros aspectos relacionados con el contenido que se está reestructurando. Siempre y cuando este “paréntesis” o interacción del cliente no se desvíe excesivamente del contenido central que se está trabajando y siempre y cuando el psicólogo continúe después con dicho procedimiento de reestructuración, todo ello se registrará como un mismo fragmento de debate.

Sobre el procedimiento concreto de debate:

- Es especialmente importante diferenciar el mismo con respecto a la fase previa de evaluación de los pensamientos del cliente.
- También pueden surgir dudas en los casos en los que el psicólogo emite algunas verbalizaciones que parece que fueran a comenzar un debate pero el cliente no contesta a ello y más adelante emite una verbalización que sí da lugar al comienzo de un debate. En estos casos, se acuerda marcar el primer “intento” como un debate siempre que haya al menos un par de verbalizaciones del psicólogo. Después se marcaría el segundo “intento” como un fragmento independiente del primero.

Sobre la revisión de tareas:

Será habitual encontrar que durante la revisión de tareas el psicólogo continúa reestructurando alguna idea o recordando alguna pauta o entrenamiento en algún

procedimiento de reestructuración. En estos casos, de nuevo, se tendrá en cuenta cuál es la actividad predominante (probablemente lo sea la revisión de tareas), atendiendo a los criterios previamente mencionados (contenido y duración).

*Anexo D. Sistema de categorización de
las estrategias de debate en
reestructuración cognitiva: SISC-EDR*

***SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE DEBATE
EN REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA (SISC-EDR)***

Índice de contenidos

1. INTRODUCCIÓN AL SISC-EDR.....	2
1.1 La técnica de reestructuración cognitiva.....	2
1.2 El debate.....	2
2. CATEGORÍAS INCLUIDAS EN EL SISC-EDR.....	3
2.1 El SISC-EDR y su relación con otros sistemas de categorías.....	3
3. COMENTARIOS GENERALES.....	6
3.1 Conducta a categorizar.....	6
3.2 Criterios generales de categorización.....	6
4. CRITERIOS ESPECÍFICOS DE CATEGORIZACIÓN.....	10
4.1 Según la estrategia empleada.....	10
4.1.1 Explorar. Indicando o sin indicar.....	11
4.1.2 Cuestionar.....	12
- Validez. Indicando o sin indicar.....	12
- Gravedad. Indicando o sin indicar	14
- Utilidad. Indicando o sin indicar	15
4.1.3 Diferencias entre cuestionar y explorar.....	16
4.1.4 Explicación. Técnica o no técnica.....	17
4.1.5 Dar verbalización meta.....	19
4.1.6 Usar analogía. Contexto ajeno o propio.....	20
4.1.7 Diferencias entre explicación técnica y no técnica.....	22
4.1.8 Instruir normas de razonamiento.....	23
4.1.9 Motivar.....	24
4.1.10 Diferencias entre explicar y motivar.....	25
4.2 Modificador.....	26
4.2.1 Carácter aversivo.....	26

SISC-EDR

Sistema de categorización de las estrategias de debate en reestructuración cognitiva

1. INTRODUCCIÓN AL SISC-EDR

1.1 La técnica de reestructuración cognitiva

Se considerará que la técnica de reestructuración cognitiva tiene lugar sólo a partir del momento del proceso terapéutico en que se explica al cliente el análisis funcional, pues se entiende que es a partir de ese punto cuando se van a aplicar las técnicas de intervención. Puede ocurrir que en la misma sesión de explicación del análisis funcional, y después de esta explicación, el psicólogo aplique la técnica y entonces se señalaría como tal. Es cierto que, en ocasiones, el psicólogo puede emplear la reestructuración cognitiva antes de comenzar propiamente el tratamiento, pero habitualmente en estos casos suelen ser pequeños debates de aspectos específicos y no suelen suponer un desarrollo de la técnica de reestructuración de forma extensa y sistemática; es por ello que se limitará la muestra observada de dicha técnica a partir de la explicación del problema al cliente por parte del psicólogo.

1.2 El debate

De todos los procedimientos terapéuticos que componen la técnica de reestructuración cognitiva: explicación del papel de los pensamientos, debate, entrenamiento en auto-debate, explicaciones sobre el funcionamiento de la técnica de reestructuración, propuesta y revisión de tareas y repaso de ideas debatidas; el presente sistema de categorías se centra únicamente en el debate.

En el procedimiento de debate el psicólogo trata de cambiar verbalizaciones desadaptativas del cliente por medio del diálogo entre ambos. También se consideran debate las partes en las que el psicólogo intercala éste con la explicación del comportamiento, siempre que esa parte de explicación se dirija a modificar verbalizaciones desadaptativas, es decir, hay que diferenciar estos casos de los que solamente son explicación, por ejemplo, del análisis funcional. Tampoco se considerará

debate cuando el psicólogo intenta cambiar una verbalización, pero el cliente muestra su acuerdo con él desde el principio. La identificación de los fragmentos de debate se ha realizado en base a la “*Guía para la identificación de la técnica de reestructuración y la clasificación de sus procedimientos terapéuticos*” adaptada de Calero, 2009.

2. CATEGORÍAS INCLUIDAS EN EL SISC-EDR

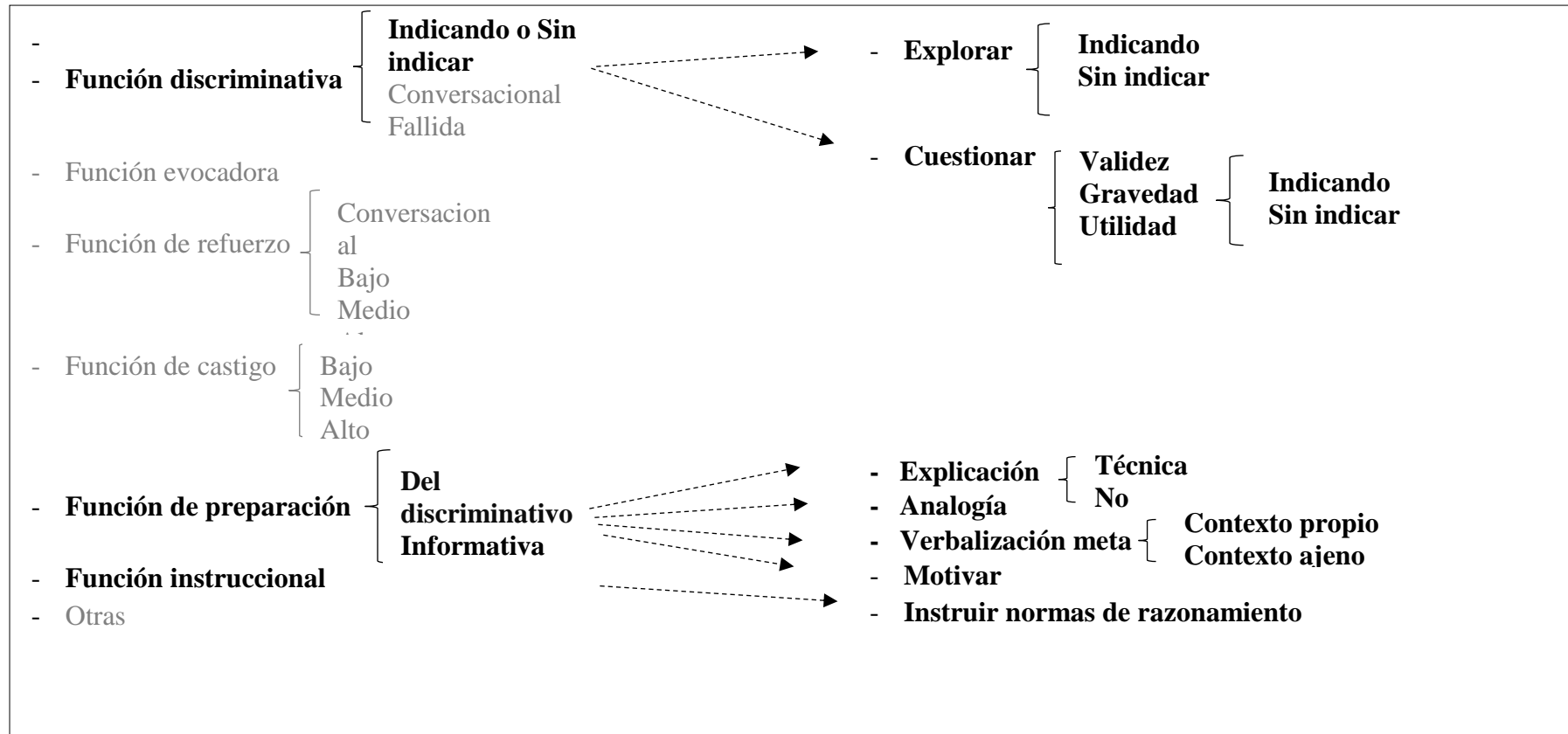
Explorar	Indicando/ Sin indicar		Carácter aversivo
Cuestionar	Validez	Indicando/ Sin indicar	
	Gravedad		
	Utilidad		
Explicar	Técnica/ No técnica		
Usar analogía	Contexto propio/ ajeno		
Motivar			
Instruir normas de razonamiento			
Dar verbalización meta			

2.1 El SISC-EDR y su relación con otros sistemas de categorías

El presente sistema de categorías ha sido desarrollado a partir de sistemas de categorización previos sobre el estudio de la conducta verbal de psicólogo y cliente durante el debate, con el objetivo de atender a nuevos aspectos del estudio de esta interacción. En el trabajo previo realizado por Calero (2009), se realizó un análisis funcional de la interacción de psicólogo y cliente sobre el debate socrático; el estudio secuencial mostró secuencias funcionales en las que el psicólogo discriminaba una respuesta verbal en el cliente, y que en función de su aproximación a los objetivos de debate, el psicólogo castigaba o reforzaba dicha respuesta de forma progresiva; encontrando que este proceso podía ser explicado como un moldeamiento verbal. Algunas de las conclusiones finales de este estudio apuntaban que el estudio del debate podría

completarse conociendo con mayor precisión cuál es el contenido de esas preguntas del psicólogo (Discriminativo) o verbalizaciones previas a dichas preguntas (Preparación del Discriminativo). Con el objetivo de responder a estas y otras cuestiones relacionadas, se ha desarrollado el SISC-EDR. Este sistema no reitera las mismas categorías que el SISC-CVT, sino que se ha centrado en especificar las estrategias que preceden a la respuesta del cliente, atendiendo, principalmente al segmento anterior de la secuencia conductual de tres términos. Así, no se han clasificado verbalizaciones con posible función de castigo o de refuerzo. A continuación, se presenta el esquema del “*Subsistema de categorización de la conducta verbal del psicólogo*” (SISC-CVT), de Calero, 2009; junto con el SISC-EDR para ilustrar de dónde parten las categorías de este nuevo sistema.

Tabla 2. Esquema de la adaptación y ampliación de las categorías del Subsistema SISC-CVT al SISC-EDR.



3. COMENTARIOS GENERALES

3.1 Conducta a categorizar.

Únicamente se categorizará el comportamiento verbal del psicólogo, nunca la conducta no verbal aunque ésta pueda ser tomada en cuenta para decidir cómo codificar las verbalizaciones del clínico.

3.2 Criterios generales de categorización

Todas las categorías del sistema son categorías *evento*, es decir, se registra únicamente su ocurrencia y no su duración. La categoría perteneciente a contenido: carácter aversivo, se registrará como *modificador* del resto de categorías. El modificador de una categoría hace referencia a variaciones o subtipos de la misma. Aunque técnicamente una categoría supraordenada junto con el modificador correspondiente se consideraría una categoría en sí misma dentro del sistema de categorización, utilizaremos aquí el término modificador por ser el usado por el programa empleado para realizar los registros.

- Verbalizaciones que no se registran:

De los fragmentos de debate tan sólo se registrarán las verbalizaciones del psicólogo que correspondan a las estrategias contempladas en el sistema de categorías SISC-EDR, el resto de verbalizaciones del psicólogo que no correspondan a dichas categorías no se registrarán. Tal y como se ha descrito, existen otras verbalizaciones además de las contempladas en el SISC-EDR, absolutamente relevantes para el análisis del posible moldeamiento verbal (refuerzo, castigo y algunas instrucciones) pero que no se han considerado para este trabajo dado su análisis llevaría a hipótesis ya estudiadas.

Ejemplos de categorías que no forman parte del SISC-EDR y no se registrarán:

- Psicólogo: *Claro, claro.*
- Psicólogo: *Muy bien.*
- Psicólogo: *Fatal.*
- Psicólogo: *¿me entiendes?*
- Psicólogo: *Cuando te pase eso ponte a respirar.*

Tampoco se registrarán otras verbalizaciones del psicólogo tales como pautas de actuación o tareas, revisión del autorregistro, ni pequeños “paréntesis” dentro del debate, en los que psicólogo y cliente puedan estar comentando cualquier otro aspecto o estrategia ajena al propio debate.

De cara a la categorización de las estrategias del psicólogo, se tendrá en cuenta la interacción del cliente, es decir, si el psicólogo está empleando una estrategia y hay una respuesta por parte del cliente, cuando el psicólogo vuelva a hablar nuevamente, habrá que volver a registrar la verbalización que emita según la estrategia que corresponda.

- Reformulaciones, aclaraciones e interrupciones:

Se comenzará a categorizar una estrategia cuando el psicólogo comience, propiamente, con la frase que encabeza dicha estrategia, obviando, de cara al inicio de la categorización, posibles titubeos, frases interrumpidas u otras verbalizaciones sin contenido para el debate.

Ejemplo:

- Psicólogo: *Claro pero, a ver, atiéndeme.* [Marcar comienzo de la categoría] *Si esto es así, y tú haces esta predicción...*

Aquellas verbalizaciones del psicólogo que estén cortadas o interrumpidas por el cliente no se registrarán porque no es posible identificar de forma clara la estrategia empleada.

Ejemplo:

- Psicólogo: *Pero si yo, pero si yo ante esa situación...* (interrupción y después el psicólogo continúa con otra cosa).

Si el psicólogo comienza una frase o pregunta y antes de dejar contestar al cliente la reformula de otra forma, se registrará dicha categoría desde que el psicólogo la reformula y no antes.

Ejemplo:

- Psicólogo: *El tema de la imagen: ¿Para ti es tan importante la imagen cuando tú tratas con una persona del otro sexo? ¿Crees que las personas del otro sexo consideran que la imagen es lo principal?*

En este caso se comenzaría a categorizar desde que se reformula la pregunta.

Tampoco se registrarán las aclaraciones que haga el psicólogo a sus propios planteamientos si éstos no aportan más información que la emitida anteriormente.

- Psicólogo: *Tu jefe puede ser tan ingenuo que crea que va a tener más audiencia teniendo ese dato pero ¿a quién se lo va a decir? ¿al resto de compañeros?*
- Cliente: *No lo sé, pero lo usará en cualquier caso*
- Psicólogo: *Si yo no me refería a que no lo usase.* [No se registra] Me refería a...

○ Preguntas:

En lo que respecta al registro de preguntas, se registrarán dichas categorías siempre y cuando se tenga una respuesta del cliente. En ocasiones, la respuesta es muy breve y apenas se entiende o, en ocasiones, el cliente contesta con un movimiento de cabeza que no se puede observar en la grabación. En estos casos, cuando el psicólogo deje un tiempo para contestar y no se vea la respuesta del cliente pero por cómo continúa el psicólogo, se entienda que ha habido una respuesta por parte del cliente, entonces sí se registrará dicha pregunta en la categoría que corresponda (explorar o cuestionar). Sin embargo, si el psicólogo hace una pregunta y no deja que el cliente responda o le interrumpe y no se escucha entera la respuesta, no se marca como estrategia de explorar o cuestionar.

De cara al inicio del registro de estas estrategias, es importante tener en cuenta que si el psicólogo está formulando una pregunta y empieza a introducirla con una pequeña frase que es fundamental para entender la pregunta, toda esa verbalización inicial formaría parte de la misma estrategia.

Ejemplo:

- Psicólogo: *“Entonces, podríamos decir que aun cuando haya una cosa que no nos guste tanto, ¿tú crees qué eso es un buen criterio para sentirse feliz?”*

Dado que el objetivo de este sistema es analizar las estrategias del psicólogo durante el debate, las estrategias pueden estar compuestas de varias verbalizaciones, de forma que el registro no se realizará por frases o verbalizaciones, si no por estrategia y por interacción.

○ Mezcla de estrategias en una misma verbalización

Cuando pueda haber estrategias que puedan contener, a su vez, otras estrategias “dentro”:

Si hay estrategias concretas, con un principio y un final, dentro de una estrategia más grande o amplia y, por tanto, dicha estrategia concreta tiene sentido por sí misma y es clínicamente relevante, se registrarán ambas estrategias realizando los cortes oportunos.

Ejemplo:

- Cliente: *Pues yo quiero pensar que es mala persona.*
- Psicólogo: *Como tú quieras pensarlo, piensa siempre de forma que a ti te beneficie (Instruir normas de razonamiento). Ahora bien, que pienses negativo de él, y a continuación te pongas a llorar y sufrir, eso no te está ayudando (Motivar).*

En este caso se pueden separar ambas estrategias de forma clara.

Si las estrategias no pueden desligarse o registrarse de forma fragmentada, se elegirá la estrategia principal que prime en ese fragmento, aquella que se considere con mayor relevancia clínica teniendo en cuenta su duración e importancia, desde un punto de vista terapéutico.

Dado que la evaluación de la importancia terapéutica y duración, como criterio para marcar una u otra estrategia puede ser poco operativa, a continuación se detallan qué categorías prevalecen frente a otras, en aquellas categorías en las que es más probable que exista una mezcla de estrategias difícil de separar.

- Explicación técnica frente a no técnica: primará la explicación técnica.
- Motivar frente explicación: primará la motivadora.

4. CRITERIOS ESPECÍFICOS DE CATEGORIZACIÓN

4.1 Según la estrategia empleada

4.1.1 Explorar

Esta categoría hace referencia a todas aquellas preguntas y solicitudes de información que hace el psicólogo dentro del debate con el objetivo de obtener cierta información. El psicólogo suele emplear estas estrategias para que el cliente explicita de forma clara

verbalizaciones desadaptativas, que dé información más precisa sobre el razonamiento que sostiene su planteamiento u otras deducciones.

Ejemplos:

- Psicólogo: *¿Qué es para ti el amor?*
- Psicólogo: *¿En qué medida esta situación (descrita anteriormente) os compete también a vosotras?*
- Psicólogo: *Define qué es ser un desastre.*

Explorar Indicando y Sin Indicar

Cuando se explora indicando se indica o sugiere claramente la respuesta que se está buscando en la propia pregunta. Son características preguntas que contienen estos elementos que sugieren la respuesta, tales como: *¿No crees que...?* O al final de la frase: *¿verdad?*, *¿no?*

Ejemplo:

- Cliente: *lo pienso porque me sale solo*
- Psicólogo: *¿Y eso de que te sale solo no te suena a otros pensamientos que te salían solos y que al final has conseguido que no salgan? (Indicando)*
- Cliente: Sí

Cuando se pregunta sin indicar la dirección de la respuesta, pueden ser preguntas abiertas o preguntas cerradas en las que no se indica una sola opción de respuesta sino varias.

Ejemplo:

- Psicólogo: *¿Y por qué no querías? ¿Por qué no quieres? ¿Por qué no estás segura?*

En ocasiones, puede ser confusa la diferencia entre estas dos formas de plantear la respuesta. A continuación, se plantean más ejemplos y especificaciones para diferenciar estas categorías:

Preguntas como:

“¿Crees entonces que es políticamente correcto?” o “¿Crees que es un buen criterio?” se señalaría como *Sin indicar* y también las preguntas que incluyen dos opciones, como: “¿Crees que es fruto del azar o que tú hiciste cosas para ello?”. Sin embargo, en estas mismas preguntas se señalaría *Indicando* si el psicólogo dijera algo que sugiriera la respuesta, como “¿No crees que según lo que hemos dicho eso sería políticamente correcto?”, “¿Crees que es un buen criterio, ¿verdad? Al igual que este último ejemplo, también se categorizarían indicando aquellas verbalizaciones que terminaran en un: “¿No?”

4.1.2 Cuestionar

Se trata principalmente de preguntas por parte del psicólogo en las que éste pone en duda o discute algún aspecto del planteamiento del cliente. El psicólogo cuestiona una verbalización con el objetivo de que el cliente defienda y argumente la validez de su planteamiento o que simplemente acepte la nula validez que tiene. El objetivo del psicólogo con este tipo de preguntas no es conocer información de la que no dispone (el psicólogo ya conoce esa información o dicha información es muy obvia) sino hacer dudar al cliente de ello.

- Psicólogo: *¿Y de qué te sirve seguir pensándolo cuando te está haciendo daño?*

En este caso, el psicólogo no está recogiendo información que desconoce o evaluando determinadas contingencias, sino que conoce las consecuencias aversivas que tiene para el cliente seguir pensando de esa forma y entonces cuestiona la utilidad de esa conducta.

La forma de cuestionar del psicólogo puede ser muy diversa, un simple: *¿Tú crees?* (tono y gestos de incredulidad), tras una aseveración del cliente ya puede considerarse cuestionar, hasta preguntas con aspectos explicativos mucho más extensas: *¿Consideras entonces que por hacerlo mal en ese caso, ya significaría que no eres buena en eso?*

- **Validez**

Cuando el psicólogo hace preguntas dirigidas a rebatir la lógica o la evidencia de determinadas verbalizaciones. No se harán distinciones entre preguntas encaminadas a

evaluar la lógica y preguntas encaminadas a evaluar la evidencia sino que todas se consideran dentro de la categoría validez.

- Psicólogo: *¿En qué te basas para pensar eso?* (evidencia)
- Psicólogo: *¿Qué evidencia tienes tú de que pueda estar con otra chica?* (evidencia)
- Psicólogo: *¿Crees que tiene sentido seguir diciendo que tu jefe no te valora si él mismo te lo ha dicho?* (lógica).
- Psicólogo: *¿Por una experiencia piensas así? ¿Por una cosa que te pasa la generalizas a todas las demás? ¿Cuántas experiencias frustrantes has tenido con novios con los que hayas vivido?* (lógica y evidencia)

El psicólogo no siempre cuestionará la validez de ciertas verbalizaciones de forma explícita (“¿En qué te basas para decir...?”), sino que puede estar cuestionando la validez de un planteamiento en el momento en el que le aporta información o evidencia contraria a sus argumentos en forma de pregunta.

Ejemplo:

(Verbalización del cliente de partida: *He tenido pocas relaciones de pareja, todo el mundo ha tenido más experiencias que yo.*)

- Psicólogo: *¿Tú crees que sí? ¿Tú no conoces a gente que...o sea todas tus amigas tienen pareja?* (Cuestionar Validez)
- Cliente: *Todas han tenido.*
- Psicólogo: *Y tú también, aunque haya sido un mes con un chico.* (Explicación no técnica)
- Cliente: *No sé pero...sólo una.*
- Psicólogo: *¿Y con Pedro?* (Cuestiona validez). *le está mostrando evidencia en contra de sus argumentos sobre otra relación adicional que ha tenido. De nuevo, el psicólogo no evalúa qué pasó con Pedro, lo conoce perfectamente y lo utiliza como argumento.

Es muy habitual encontrar que el psicólogo cuestione la validez de un planteamiento, preguntando aspectos obvios, tremendamente exagerados o irónicos.

(Verbalización del cliente de partida: la forma en la que mi madre me dice ciertas cosas me duele. La psicólogo le explica funcionalmente por qué y la cliente sigue centrándose en que le molesta y duda de que lo haga adrede).

- Psicólogo: *¿Tú crees que el objetivo de tu madre es hacértelo pasar mal?*
(Cuestiona validez)
- Cliente: *Supongo que no*

En el contexto del caso, la relación con la madre es buena aunque mejorable y hay una buena relación afectiva, de alguna forma la psicólogo le presenta una obviedad, algo claramente ilógico dado el contexto de su relación en ese momento.

Otros ejemplos en los que se cuestiona la validez de un planteamiento es cuando el psicólogo pide al cliente argumentos sobre el planteamiento que sostiene

(Contexto: la psicólogo está reestructurando que uno sea mejor que el otro y que eso, además, se traduzca en que él vaya a buscar a otra persona en lugar de a ella.)

- Psicólogo: *Dime en qué cosas él es mejor que tú.*
- Cliente: *Pues a nivel laboral es que él gana más.*

○ **Gravedad**

Preguntas del psicólogo dirigidas a discutir, rebatir o poner en duda la gravedad o el impacto de las contingencias que está describiendo el cliente. El psicólogo ha de hacer mención explícita a la gravedad o el impacto que ese comportamiento podría tener.

Ejemplo:

- Psicólogo: *¿Serían tan terribles las consecuencias? ¿Qué implicarían?*
- Psicólogo: *Entonces, hasta cierto punto, ¿qué más da que él piense que te haya ganado una batalla o que no?*

○ **Utilidad**

Preguntas del psicólogo dirigidas a discutir o rebatir la utilidad que tiene seguir manteniendo determinadas verbalizaciones o, en general, la utilidad de seguir comportándose de una forma concreta.

Ejemplos:

- Psicólogo: *¿De qué te sirve seguir pensando eso? ¿Qué consecuencias tiene pensar así?*
- Psicólogo: *¿De qué te vale estar pensando en la sensación que tienes cuando tú has disfrutado de esta pareja?*

Al igual que en el resto de preguntas dirigidas a cuestionar, el psicólogo no siempre explica de forma obvia y clara la utilidad. A continuación se expone un ejemplo en el que esta pregunta no está formulada de forma tan explícita:

- Psicólogo: *Entonces, ¿Qué es mejor: preocuparte para luego reírte o directamente no tener esa preocupación presente si no se puede hacer nada?*

○ **Cuestionar Indicando y Sin Indicar** (la dirección de la respuesta).

Al igual que se ha descrito en la categoría explorar, cuando se cuestiona indicando se indica o sugiere claramente la respuesta que se está buscando en la propia pregunta. Son características preguntas que contienen estos elementos que sugieren la respuesta, tales como: *¿No crees que...?* O al final de la frase: *¿verdad?, ¿no?*

Ejemplos:

- Psicólogo *¿Para qué te sirve estar pensando eso? Utilidad/ Sin indicar*
- Cliente: *Para nada, me hace estar alerta.*
- Psicólogo: *Claro, entonces, ¿Ves la inutilidad de estar pensando eso? Utilidad*

Indicando

- Psicólogo: *Estás de acuerdo en que no existen razones para pensar que eso es mendigar, ¿verdad? Validez/Indicando*

La regla general, por tanto, es restringir la selección de la categoría *indicando* para aquellos casos en que esta indicación quede claramente marcada.

Cuando se cuestiona sin indicar la dirección de la respuesta, pueden ser preguntas abiertas o preguntas cerradas en las que no se indica una sola opción de respuesta sino varias.

Ejemplos:

- Psicólogo: *¿En qué te basas para pensar eso?*
- Psicólogo: *¿Crees que es útil seguir pensando en ello?*

4.1.3 Diferencias entre cuestionar y explorar

En ocasiones puede resultar confusa la diferenciación entre ambas categorías. Explorar es una acción del psicólogo en la que verbaliza una pregunta o solicita cierta información al cliente de la que no dispone. Cuestionar, puede ser una forma concreta de obtener esa información, pero normalmente el psicólogo ya conoce dicha información y lo que hace al cuestionarla es instigar al cliente para que argumente su postura. La diferencia básica reside en que nos referiremos a cuestionar como *“poner en duda lo afirmado por alguien”* (RAE).

Un aspecto que puede ser clave para diferenciar cuándo el psicólogo está explorando y cuándo está cuestionando es plantearse si el psicólogo necesita esa información (porque la desconoce) o si la conoce (porque ya lo ha explorado) o la conoce porque es muy obvia pero igualmente hace la pregunta.

Ejemplo:

Contexto: cliente disgustado por una mala gestión del ayuntamiento sobre el transporte público, acaba de decir que haga lo que haga no le van a hacer caso.

- Psicólogo: *Claro, entonces ¿Qué grado de control tienes sobre esta situación?*
Cuestionar utilidad (la utilidad de hacer cosas para cambiar la situación) porque es muy claro que no tiene ningún control y el psicólogo no busca que el cliente le informe de un porcentaje de control.
- Cliente: *Ninguno*
- Psicólogo: *¿De qué te sirve estar preocupado entonces?*

Cuestionar utilidad

Indudablemente, aspectos paraverbales como la expresión facial y corporal del psicólogo o su tono de voz, también ayudarán a entender cuándo el psicólogo está cuestionando y cuándo el psicólogo está explorando información sin ponerla en duda.

Puede ayudar a esta identificación entender un patrón habitual en el debate con respecto a estas estrategias: es habitual encontrar que antes de cuestionar el psicólogo explora información concreta y cuando tiene dicha respuesta es cuándo comienza a ponerla en duda.

En el siguiente ejemplo se ilustra cómo el psicólogo pasa de explorar a cuestionar:

- Psicólogo: *¿Cuánto tiempo pasa (pareja) fuera de casa solo?* explorar
- Cliente: *Pero, ¿en todo el día dices? ¿Trabajando y demás?*
- Psicólogo: *Si, si*
- Cliente: *Mucho tiempo, muchísimo*
- Psicólogo: *¿Cuánto?* explorar
- Cliente: *Pues...desde las 8...no, desde las 6 y media de la mañana que se va hasta las 8 de la tarde.*
- Psicólogo: *14 horas y media, no, 13 horas y media.*
- Psicólogo: *¿Cuántos líos puede tener en 13 horas y media?*¹ cuestionar

¹Se emplea la ironía, no se busca información, se cuestiona que el cliente verbalice que su pareja le pueda ser infiel.

4.1.4 Explicación

Se trata de verbalizaciones del psicólogo en las que explica, informa o argumenta un planteamiento alternativo al que plantea el cliente.

○ Técnica

Explicación sobre algún aspecto psicológico de forma técnica, bien podría ser una explicación funcional del comportamiento; o bien cualquier explicación sobre algún aspecto psicológico en general (llamado en muchos contextos: “psicoeducación”). Es habitual encontrar dentro de un debate, alusiones concretas a la funcionalidad de ciertas conductas del cliente como estrategia de debate o explicaciones técnicas que aportan información específica sobre el funcionamiento de un tipo de problema del cliente, sobre un tipo de

habilidad o sobre algún problema psicológico, por ejemplo: cómo funciona la ansiedad, las preocupaciones, las habilidades sociales, las “distorsiones cognitivas”, etc.

Ejemplo:

- Psicólogo: *¿Qué es una persona hipocondriaca en términos corrientes? Una persona que se preocupa por cosas que no debe preocuparse, ¿no? y está constantemente comprobando si tiene algo nuevo y demás.*

El psicólogo puede explicar estos aspectos técnicos de forma más técnica (empleando algunos términos propios del lenguaje de la ciencia de la conducta: refuerzo, condicionado, etc.).

Ejemplo:

- Psicólogo: *Todos esos intentos de acercamiento que tuviste eran castigados por él, y por eso, ya no te apetece ser cariñoso, no te sale.*

Pero también, el psicólogo en muchas ocasiones, está planteando un contenido técnico con un lenguaje entendible para el cliente. Puede expresar una explicación funcional sin emplear demasiados tecnicismos. En estos casos, para categorizarlo como explicación técnica, han de poderse identificarse cadenas de tres términos o secuencias de condicionamiento clásico.

Ejemplo:

- Psicólogo: *Cada vez que tenías esos pensamientos te encontrabas fatal, culpable... e intentabas hablar con él para quedarte más tranquilo.*

Otros ejemplos de explicaciones técnicas:

- Cliente: *Ya pero cuando uno se comporta de una determinada manera...encaja.*
- Psicólogo: *Encaja con lo que tú crees. Date cuenta que cada uno tenemos una perspectiva de cómo actúan los demás, pero esa perspectiva a veces está sesgada por nuestros sentimientos, por la situación en la que ha ocurrido...entonces tú, ahora mismo, el sentimiento que tienes hacia él, hace que predomine, posiblemente, esos pensamientos negativos en cuanto a la conducta que ha tenido él.*

- **No técnica**

Se trata verbalizaciones en las que el psicólogo plantea otra explicación posible a la situación o da información algún aspecto; bien explicando o argumentando y explicando con detalle una hipótesis alternativa o bien simplemente verbalizando esa hipótesis alternativa.

Ejemplo:

- Cliente: *Es que cada vez que yo salgo, él se tiene que ir también, no lo entiendo.*
- Psicólogo: *Claro, no le gusta quedarse en casa solo.* (Dándole una hipótesis alternativa al porqué del comportamiento de su pareja).

Ejemplo:

- Psicólogo: *Ya, pero fíjate, yo ni siquiera te estoy diciendo que no sea cierto que otros hagan cosas mejor que tú, yo estoy aceptando la posibilidad de que en algunas ocasiones los otros hagan las cosas mejor que tú pero también está la posibilidad de que tú hagas algo mejor que alguien.*

- **Verbalización meta**

El psicólogo emite directamente la verbalización meta que quiere que el cliente llegue a emitir en el debate de forma explícita. Encabeza la verbalización meta por verbalizaciones como: “*Sería mejor decir...*”, “*lo que deberías pensar en esos casos...*”, “*Lo que yo diría es...*”. El psicólogo puede plantear la verbalización meta en forma de pregunta (“*¿No crees que tiene más sentido pensar...?*”) o plantearlo de forma afirmativa directamente (“*Es mejor decirse en esos casos...*”)

Para identificar mejor cuál de los planteamientos alternativos sería la verbalización meta y no confundirlo con explicaciones, antes de registrar las estrategias ha de analizarse el contenido de la verbalización desadaptativa del cliente objeto de debate que se quiere modificar para que al observar la conducta verbal del psicólogo se pueda no se confunda la verbalización meta, a la que se quiere llegar con el debate, con otras explicaciones alternativas o con otras estrategias.

Ejemplo:

- Cliente: *Yo en eso no creo* (Se refiere a que uno pueda hacer cosas para ligar).
*Verbalización objeto de debate.
- Psicólogo: *No es una cuestión de creer, la palabra creer no es la palabra adecuada en este caso, **dirás**: Yo no soy buena en eso o no me parece eficaz, pero no...(continúa explicación)*

No se considerará que el psicólogo está planteando una verbalización meta cuando simplemente niegue, muestra desacuerdo o castigue ciertas verbalizaciones del cliente:

- Psicólogo: *Eso no es manipular.*

○ **Analogía**

Exposición de ejemplos, casos, supuestos u otros recursos, como metáforas, en los que se exponen o comparan situaciones, conceptos o experiencias con características semejantes al elemento con el que se quiere contrastar.

Con frecuencia, dentro de una analogía suele haber explicaciones u otras estrategias como verbalizaciones motivadoras. Si dentro de la analogía hay otras estrategias, pero se emplean haciendo referencia al ejemplo, todo forma parte de la analogía y por tanto no se dividen las estrategias.

Ejemplo:

- Psicólogo: *Tratamos aquí muchas veces gente que tiene ese mismo problema y que, o sea, que además tiene toda la razón: “no, es que yo, lo siento, pero si yo veo que un coche adelanta...”, te hablo de un caso extremo que ahora me viene a la mente, “adelanta a otro, es que le persigo y le digo, mire, lo has hecho mal”. Y si luego veo a una mujer con un perro y le da al perro, le digo “mire, usted no pegue al animal, porque la que lo está haciendo mal es usted”. Esa persona, no puede evitar en determinados comportamientos saltar e indicar a la gente cómo deberían hacerse las cosas. Esta forma de actuar, que además lo hace con educación, ¿le hace feliz? Lo que le hace es sentirse cada vez más pendiente de*

todo lo que ocurra a su alrededor, con más indefensión, porque no puede controlarlo todo, y más alterado, constantemente alterado.

Dentro de esta analogía, la frase subrayada explicita las consecuencias de la actuación de una persona, podría entenderse como una explicación técnica, pero, en este caso, sigue dando esta explicación dentro de la analogía, no ha cambiado de contexto, de forma que todo ello constituye la analogía. Sin embargo, si en la analogía cambiase a dar una explicación al cliente sobre su comportamiento (y no sobre el del ejemplo), entonces la analogía terminaría y se registraría otra estrategia, la que fuera oportuna en cada caso.

- **Contexto propio**

Aquellas analogías en las que el contexto del ejemplo que se describe no difiere del contexto concreto de la situación de la vida del cliente con la que se está comparando. Son analogías que apenas se podrían extrapolar a otras circunstancias. Si por ejemplo, el psicólogo quiere comparar la situación laboral del cliente con otra situación y emplea el mismo hecho que le sucede al cliente pero en el ejemplo sólo cambia una tarea del trabajo, o en lugar de que le suceda a la persona, pone el ejemplo de lo que ocurriría si le sucediese a otra persona. En todos estos casos, el contexto apenas difiere de la situación con la que se quiere contrastar.

Ejemplo:

Contexto: el cliente no entiende por qué a su pareja no le gusta quedarse en casa si ella sale.

- Psicólogo: *Pues tú imagínate que a tu pareja le resulta tremendamente espantoso y desagradable que tú te quedes sola en casa y él te obliga a que cada vez que salga él salgas tú.*

- **Contexto ajeno**

Se trata de analogías que difieren en varios elementos del contexto del cliente con el que se quiere relacionar. Se describen ejemplos con algunos elementos comunes a la circunstancia

con la que se está comprando, pero dicha analogía podría ser extrapolable a una variedad de situaciones amplia.

Ejemplo:

Contexto: el psicólogo le describe ejemplos hipotéticos al cliente sobre el comportamiento asertivo de otras personas (el cliente tiene problemas asertivos en el contexto laboral)

- Psicólogo: (hablando de ejemplos inventados, del comportamiento de otras personas). *No puede evitar en determinados comportamientos saltar e indicar a la gente cómo deberían hacerse las cosas. Va y dice: “cuánto vale esta lámpara”. “56 céntimos”. “Pero si en aquella tienda vale 50, ¿por qué son 6 céntimos más caro?”. Claro, me choca que lo vendan más caro, se lo tengo que decir.*
- Psicólogo: *Fíjate, a esta persona de la que te estoy hablando, él me decía “A mí sí me compensa”. Pero llegó un momento en el que se echó novia. Entonces, él no era feliz, pues siempre estaba cabreado, de malhumor, muy amargado por todas esas cosas que suceden a su alrededor y entonces tampoco hacía feliz a su novia.*

4.1.6 Diferencias entre explicación técnica y no técnica

La principal diferencia entre estas categorías es que la explicación técnica, a diferencia de la no técnica: (a) contiene algunos tecnicismos, palabras propias del lenguaje psicológico o bien, incluso usando un lenguaje no técnico, (b) contiene explicaciones sobre el funcionamiento de algún mecanismo psicológico específico: explicaciones funcionales del comportamiento, explicaciones sobre el papel de los pensamientos en las emociones, explicaciones sobre el funcionamiento de las parejas, los procesos de ruptura, etc.

Es muy frecuente que el psicólogo mezcle explicaciones técnicas y no técnicas. Para facilitar la diferenciación entre una y otra: (1) se dividirá lo menos posible dichas estrategias (cuando ambas explicaciones se entremezclen) y (2) se dará prioridad a marcar explicaciones técnicas en cuanto aparezca alguno de sus elementos distintivos (a o b), independientemente de que el resto de explicación no sea técnico.

Ejemplo de explicación técnica:

- Psicólogo: *Los criterios que utilizas para evaluar no son adecuados, a veces no son válidos o están distorsionados, atiendes selectivamente a unas cosas y no a otras.*

Palabras como: distorsionado o la propia explicación sobre que atiende selectivamente a unos elementos y no a otros son explicaciones técnicas, propias del lenguaje y conocimiento psicológico y aunque pueda caber la duda de si es una explicación alternativa simplemente, se dará prioridad a categorizar una explicación técnica, en el momento en que se cuente con este tipo de palabras propias del lenguaje psicológico.

4.1.7 Instruir normas de razonamiento

Se trata de verbalizaciones dirigidas a instruir al cliente cómo debe o no debe razonar. Pueden ser verbalizaciones en forma de regla o instrucción en las que se realiza una descripción de contingencias especificando, en mayor o en menor medida, la conducta emitir en relación a la forma de razonar.

Ejemplo:

- Psicólogo: *Esos dos planteamientos son excluyentes, si es piensas una cosa no puedes pensar la otra. Tienes que ser coherente en esas situaciones.*
- Psicólogo: *Lo que tú no puedes es pensar en ningún momento, cuando no estás viendo a alguien, sea quien sea, si tú no tienes delante a esa persona, tú no tienes ningún argumento para pensar: “no me habéis felicitado por desfachatez” o por las razones que tú quieras poner, no puedes pensar nada porque realmente tú no le estás viendo. En esos casos tienes que considerar otras alternativas.*

En ocasiones puede confundirse la estrategia cuestionar validez con instruir normas de razonamiento. Ambas categorías contienen verbalizaciones en las que el psicólogo expresa ciertos aspectos del razonamiento lógico. No obstante, el cuestionamiento de la validez pone

en duda un planteamiento del cliente y da pie a un debate o discusión con el cliente, suele estar formulado en forma de pregunta.

En el caso de las normas de razonamiento, el psicólogo no cuestiona, sino que le instruye sobre cómo sería un adecuado razonamiento lógico. En este caso el psicólogo más bien da al cliente la solución, no debate o pregunta.

- Psicólogo: *“No se trata de ser positivo, tienes que ser racional, tienes que valorar toda la información que tienes”*.

4.1.8 Motivar

Verbalizaciones del psicólogo que explicitan las consecuencias que la conducta del cliente (mencionada o no esta conducta y/o la situación en que se produce) tendrá, está teniendo, ha tenido o podrían tener (situaciones hipotéticas) sobre el cambio clínico.

Ejemplos:

- Psicólogo: *Seguir pensando que puede dejar la relación, que puede estar con otra...no es real, no tienes ninguna evidencia y sobretodo no te ayuda y te hace sentir mal.*
- Psicólogo *“Es que, qué se cree”, “es que es justo”, “es que este tipo de gente”* (psicólogo imitando al cliente) *...volvemos a establecer unos esquemas sobre lo que es justo y lo que no es justo y sobre lo que es permisible y lo que no es permisible que no es positivo para ti para estar relajado.*

En este caso y, aunque habitualmente, las verbalizaciones motivadoras tienen que estar personalizadas, puede haber psicólogos que usen la 1º persona del plural (como estilo terapéutico particular) para referirse a la 2ª del singular (*“volvemos a establecer unos esquemas”*) se refiere únicamente a lo que hace el cliente (*“vuelves a establecer unos esquemas”*).

4.1.9 Diferencias entre explicar y motivar

Para diferenciar las estrategias motivadoras y de explicación alternativa hay que tener en cuenta que en la motivadora sólo tendrán cabida aquellas verbalizaciones que se refieran

explícitamente a las consecuencias del cambio (o no cambio) sobre el sujeto y no de un modo general (por ejemplo, al explicar los beneficios de una determinada técnica sobre otras personas), en cuyo caso se registrará explicación.

A diferencia de las estrategias motivadoras, las explicaciones técnicas no siempre están dirigidas a explicar la conducta del cliente, y cuando lo están, o bien se dan sobre la conducta pasada del cliente o bien no se explicita el consecuente de forma clara o si se menciona se hace de una forma genérica, sin que se personalice para el cliente.

Ejemplo:

- Psicólogo: *“Hay una forma de ser feliz que es no anticipar constantemente que el otro va a pensar algo negativo de mí”*.

En este caso la estrategia no sería motivadora sino explicación técnica, dado que las consecuencias no están claramente dirigidas al comportamiento del cliente.

Sin embargo, sí sería motivadora si en este mismo caso el psicólogo dijera:

- Psicólogo: *“En el momento en que empieces a no anticipar que los demás pueden pensar algo malo de ti, empezarás a ser feliz”*.

Otros criterios para diferenciar claramente las estrategias motivadoras de otras estrategias como las explicaciones alternativas o las explicaciones funcionales, son los siguientes:

En la estrategia motivadora, el psicólogo:

1. Señala al cliente, de manera explícita, que es posible el cambio.
2. Señala al cliente que es posible el cambio dando solamente estrategias generales para conseguirlo pero a partir de las cuales es difícil que el cliente sepa lo que tiene que hacer
3. Aquello que cotidianamente e incluso clínicamente entendemos como “motivar” a una persona, por ejemplo, verbalizaciones del psicólogo que predigan resultados positivos, que resalten lo bien que está trabajando, verbalizaciones encaminadas a animar al individuo a realizar cambios, etc. Ejemplo: “lo estás haciendo muy, muy bien, ya verás cómo lo vas a conseguir e incluso antes de lo que imaginas”.

4. Cuando el psicólogo señala las consecuencias negativas de seguir comportándose de manera desadaptativa.

Para profundizar en la clasificación de las verbalizaciones motivadoras y sus diferencias con otras categorías, existen dos sistemas de categorías previamente desarrollados y validados que pueden consultarse: *Sistema de clasificación de las verbalizaciones motivadoras del psicólogo*: SISC-MOT- T (De pascual, 2015); y el *Sistema de categorización de la interacción de la conducta verbal en terapia*: SISC- INTER- CVT (Ruiz, 2011).

4.2. Modificador

4.2.1 Carácter aversivo

El carácter aversivo de las verbalizaciones del terapeuta se puede marcar para cualquiera de las estrategias descritas en el sistema de categorías.

Se marcará esta categoría cuando la forma y contenido de las verbalizaciones del psicólogo pueda poseer un carácter aversivo para el cliente. Por lo general, se marcará la valencia aversiva en todas aquellas estrategias en las que se empleó la ironía o el sarcasmo. Puede tratarse también de estrategias en las que se emplean ejemplos absolutamente extremos (no ajustados a la situación del cliente) o absurdos. Puede ayudar para su clasificación, la identificación de palabras con connotaciones negativas generalizadas (posiblemente condicionadas de forma aversiva, en general, para la sociedad), como: “inmolar”, “maltratar”, “matar” ... que no tienen ninguna relación con el caso del cliente (el cliente no se plantea inmolarse sino continuar con una relación en la que sufre y el psicólogo asemeja una conducta a la otra).

Ejemplos:

Contexto: el cliente plantea que tiene que “estar ahí”, con su pareja porque se ha comprometido en la relación, aunque ahora no estén bien.

- Psicólogo: *No está escrito en ningún sitio que te tengas que inmolar.*

La estrategia sería Explicación alternativa, pero, además de marcar esta categorías, por su expresión y contenido, hipotetizamos que tendría una valencia aversiva para el cliente que compare su situación con inmolarse.

En este mismo debate se emplean otras estrategias aversivas:

- Cliente: *Ya pero yo aguanto mucho, yo soy capaz de aguantar situaciones de frustración muy altas.*
- Psicólogo: *Sí, eso te lo puede decir también una persona maltratada, una persona a la que utilizan para robar en la calle... de la que abusan...*

También se marcará el carácter aversivo cuando el psicólogo valore despectiva algún aspecto del comportamiento del cliente.

Ejemplo:

Contexto: mismo contexto que el anterior, la cliente ha verbalizado que ha de aguantar en esa situación de pareja por una cuestión de “deber”.

- Psicólogo: *¿Dónde acaba lo que tienes o lo que debes y dónde empieza tu propia felicidad o tu propio beneficio? ¿Cómo es eso de que tienes que estar ahí pase lo que pase porque es lo que debes hacer? Eso es una cosa de cuentos además de una moral absolutamente arcaica.*

La estrategia motivadora podría clasificarse en función de la consecuencia aversiva o apetitiva expresada, no obstante, en este sistema de categorías, se decidió no añadir esta subclasificación a las estrategias motivadoras dada la complejidad que el propio sistema de clasificación ya posee, y puesto que, como se ha mencionado más arriba, hay trabajos científicos dedicados de forma específica al estudio de la motivación en terapia en los que se aprecia con detalle el efecto el tipo de consecuencia pudiera tener el cliente (SISC-MOT-T -De pascual, 2015-).

Se decidió reservar la categoría *carácter aversivo*, no para cuando el psicólogo señala las consecuencias aversivas de un determinado comportamiento- Ejemplo: “*Pensar así no te ayuda, hace que te encuentres peor*”; que sería una estrategia motivadora, sino para

cuando el psicólogo establece una comparación entre verbalizaciones del cliente (anti terapéuticas) y unas verbalizaciones que están condicionadas de forma aversiva, por ejemplo: asemejar una conducta del cliente con sufrir una paliza, una violación, un asesinato...

Por tanto, en las estrategias que tienen un carácter aversivo, el psicólogo no hace énfasis en las consecuencias de un comportamiento, sino que cualquier estrategia (analogía y explicación, cuestionar, etc) puede tener un contenido aversivo, si atendemos a su expresión, al empleo de un lenguaje exagerado, con connotaciones aversivas y expresiones despectivas (*“eso es absurdo”*).

*Anexo E. Sistema de Categorización de la
Conducta Verbal del Cliente en función
del Cumplimiento de Objetivos
Terapéuticos
(SISC-COT)*

**SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LA CONDUCTA VERBAL
DEL CLIENTE EN FUNCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE
OBJETIVOS TERAPÉUTICOS (SISC-COT)**

Índice de contenidos

1. BREVE DEFINICIÓN DE LAS CATEGORÍAS INCLUIDAS.....	2
2. COMENTARIOS GENERALES.....	3
2.1 Conducta a categorizar.....	3
2.2 Criterios generales de categorización.....	3
2.3 Adaptación de la versión actual del SISC-COT.....	3
3. CRITERIOS ESPECÍFICOS DE CATEGORIZACIÓN.....	6
3.1 VAT.....	6
3.2 VOT.....	9
3.3 VIT.....	10
3.4 Verbalizaciones interrumpidas y solapamientos.....	12
3.5 Cómo fragmentar el discurso.....	13
3.6 Verbalizaciones que no se categorizan.....	15

1. BREVE DEFINICIÓN DE LAS CATEGORÍAS INCLUIDAS.

- VAT. Verbalizaciones de aproximación al objetivo terapéutico del debate.
- VOT. Verbalizaciones opuestas al objetivo terapéutico del debate.
- VIT. Verbalizaciones intermedias con respecto al objetivo terapéutico del debate.

2. COMENTARIOS GENERALES.

2.1 Conducta a categorizar

Se categorizará cada uno de los comportamientos verbales del cliente durante el procedimiento terapéutico de debate en función de su grado de aproximación al objetivo perseguido por el psicólogo, el cual puede haber sido puesto de manifiesto explícitamente o no.

2.2 Criterios generales de categorización

Antes de comenzar el registro se señalarán en el apartado “Comentarios” del programa *The Observer XT* el objetivo terapéutico o verbalización meta que el psicólogo persigue en el debate. Para ello es importante haber observado el caso en su totalidad y observar el propio debate completo antes de comenzar su registro.

A continuación se presenta un ejemplo de un debate completo y muy breve, para ilustrar cómo debería quedar registrado el objetivo de debate y cómo, a partir de la identificación del objetivo de debate, es posible identificar si las verbalizaciones del cliente se alejan o se aproximan al mismo.

Ejemplo:

*Contexto: la psicóloga lleva varias sesiones dando pautas al cliente para mejorar la relación con un familiar y tener una relación más cordial.

- Psicólogo: *...para destensar esa relación puedes llegar y decirle: ¡Hola Marta! ¿Qué tal?*

- Cliente: *Pero eso va a sonar hipócrita.* Verbalización a reestructurar
- Psicólogo: *¿Con qué objetivo lo haces?* *EMPIEZA EL DEBATE. Objetivo: que verbalice que no tiene por qué ser hipócrita sino cordial, con un objetivo concreto de mejorar su relación.
- Cliente: *Yo no lo hago con el objetivo de que suene así* (VAT)
- Psicólogo: *¿Con qué objetivo lo haces? ¿De ser amigas íntimas?*
- Cliente: *No* (VAT).
- Psicólogo: *¿Con qué otro objetivo? ¿De decirle eres idiota?*
- Cliente: *No* (VAT).
- Psicólogo: *¿Con qué objetivo?*
- Cliente: *De ser amable* (VAT).
- Psicólogo: *De ser amable, de cambiar la perspectiva que tiene de ti lentamente...*

Al igual que con el sistema *SISC-EDR* una misma verbalización puede dividirse en fragmentos para su categorización. Es decir, no porque una verbalización del cliente forme parte gramaticalmente hablando de un mismo párrafo ha de asignarse una única categoría del sistema *SISC-COT* al párrafo en su totalidad. Se pueden ver más adelante algunos criterios al respecto que tener en cuenta en distintos casos.

Aunque en general, no se tendrá en cuenta el comportamiento no verbal del cliente para la codificación de la conducta verbal, sí se hará cuando:

1. Sean afirmaciones o negaciones visibles (por ejemplo: movimiento con la cabeza o “mhmm”) que respondan a la interacción con el psicólogo sustituyendo la respuesta verbal esperada en ese caso y
2. Que el psicólogo lo tenga en cuenta y modifique su interacción.

Ejemplo:

- Psicólogo: *¿Entonces son sólo reuniones de chicas?*
- Cliente: *Negación con la cabeza* (VOT)
- Psicólogo: *Pero si las demás no tienen pareja, no puedes saber si serían sólo de chicas.*

En este caso, el psicólogo hace una pregunta y en lugar de obtener una respuesta verbal obtiene una respuesta no verbal que tiene en cuenta para continuar la interacción, por ello se categoriza.

2.3 Adaptación de la versión actual del SISC-COT

El presente sistema de categorías es una adaptación del SISC-COT original desarrollado por Calero (2009). El sistema de categorías original se basó, a su vez, en otro sistema de categorización de la conducta verbal del cliente durante la aplicación de la reestructuración cognitiva, el “*Subsistema de categorización de la conducta verbal del cliente durante la reestructuración cognitiva, SISC-CVC-RC*”. La actual adaptación del SISC-COT no supone ningún cambio en los criterios de categorización de dicho sistema. Se decidió adaptar la redacción de los criterios, dado que éstos hacían referencia a un sistema de clasificación no empleado en la actual tesis doctoral, de forma que dicha adaptación únicamente consiste en sustituir las etiquetas de las categorías del SISC-CVC-RC por su descripción.

El SISC-CVC-RC constaba de 8 categorías descriptivas: *proporcionar información; solicitar información; mostrar aceptación; mostrar desacuerdo; verbalización de emociones negativas; verbalización de emociones positivas; seguir instrucciones y Otras*. Todas estas categorías fueron agrupadas en las 4 categorías del SISC-COT. A continuación se muestra, de forma simplificada cómo se transformaron las categorías del SISC-CVC-RC al SISC-COT, aunque dicha transformación no es exacta en todos los casos pues el SISC-COT atiende al contenido (aproximarse al objetivo) y no sólo a la forma de las verbalizaciones.

Tabla 1. Adaptación del SISC-CVC-RC al SISC-COT

- <u>Proporcionar información</u> . Verbalización a través de la cual el cliente trata de proporcionar al psicólogo información relevante para la evaluación y/o el tratamiento.	➡	Depende	<div> VAT Información a favor VIT Información VOT Información en contra </div>
- <u>Solicitar información</u> . Pregunta, comentario y/o petición de información por parte del cliente hacia el psicólogo.	➡	No categorizable	
- <u>Mostrar aceptación</u> . Verbalización del cliente que muestra acuerdo, aceptación y/o admiración ante las verbalizaciones emitidas por el psicólogo.	➡	VAT	
- <u>Mostrar desacuerdo</u> . Verbalización del cliente que indica desacuerdo, desaprobación y/o rechazo ante las verbalizaciones emitidas por el psicólogo.	➡	VOT	
- <u>Verbalización de emociones negativas</u> . Expresión de emociones negativas, en forma de queja, que hace referencia al padecimiento del cliente debido a sus conductas problema. También verbalizaciones que indican una resistencia a las tareas propuestas por el psicólogo a causa del padecimiento que las mismas le supondrían.	➡	VOT	
- <u>Verbalización de emociones positivas</u> . Expresión de emociones positivas que hace referencia a logros terapéuticos o a la situación que el cliente está viviendo o prevé que llegará en el futuro como fruto de sus logros terapéuticos o debido a cualquier otra circunstancia.	➡	VAT	
- <u>Seguir instrucciones</u> . Conducta verbal del cliente que implica un seguimiento total o parcial de las instrucciones presentadas inmediatamente antes por el psicólogo.	➡	No categorizable	

3. CRITERIOS ESPECÍFICOS DE CATEGORIZACIÓN.

3.1 VAT

Se considerarán verbalizaciones de aproximación al objetivo terapéutico del debate cuando el cliente muestre acuerdo, aceptación o bienestar; siempre y cuando estén en la línea, o a favor del objetivo terapéutico que se persigue.

Ejemplo:

- Psicólogo: *En esos casos, no tiene sentido pensar así ¿estás de acuerdo?*
- Cliente: *Sí (VAT).*

Ejemplo:

*Contexto: Debatiendo sobre si saludar a otra persona con la que no tiene relación suena hipócrita, el objetivo de debate es que verbalice que no suena hipócrita.

- Psicólogo: *¿Con qué objetivo lo haces?*
- Cliente: *No lo hago con el objetivo de que suene así (VAT).*

Siempre habrá que atender al contenido de esas verbalizaciones del cliente en la que muestra su aceptación o acuerdo, dado que siempre hemos de tener como referencia el objetivo que se persigue en el debate y no sólo la forma de la verbalización. Si el cliente muestra su acuerdo con un planteamiento antiterapéutico, en ese caso, sería *VOT*.

Ejemplo:

- Psicólogo: *¡Ah!, ya te entiendo, lo que quieres decir es que por complacer a tu novio tú dejas de hacer...*
- Cliente: *(se solapa) las cosas que a mí me gustan... (VOT)*

También puede haber casos en los que mostrar acuerdo no sea categorizable porque no tiene que ver, como tal, con el objetivo terapéutico del debate.

Ejemplo:

- Psicólogo: *“¿Sabes la diferencia entre eficacia y efectividad, no?”*
- Cliente: *“Sí, creo que sí”* (No se categoriza)

No consideramos que contestar que sí a esto sea algo que se acerque o se aleje de los objetivos terapéuticos, pues el objetivo del debate nunca será que el cliente sepa la diferencia entre efectividad y eficacia, aunque pueda ser una pequeña aclaración dentro de un debate.

Cuando el cliente, además de mostrar su acuerdo explica su postura, argumenta o informa, se categorizaría como VAT cuando es un argumento o información que va en la línea de la verbalización meta u objetivo terapéutico del debate:

Ejemplo:

- Psicólogo: *En esos casos, no tiene sentido pensar así.*
- Cliente: *La verdad es que no me sirve de nada pensar así porque la que lo pasa mal soy yo y luego acabo todo el día triste (VAT).*

En los casos en los que se muestra acuerdo o desacuerdo con una verbalización y después se continúe explicando las razones, se categorizará, por una parte el acuerdo o desacuerdo y, por otra, la información que se proporciona en función de su aproximación al objetivo de debate.

Ejemplo:

- Psicólogo: *En esos casos, no tiene sentido pensar así.*
- Cliente: *Sí, (VAT) si la que lo pasa mal soy yo, como el otro día cuando lo de mi hija y luego acabo todo el día triste (VAT).*

Ejemplo:

- Psicólogo: (tras una explicación) *¿Me entiendes?*
- Cliente: *Es cierto, (VAT) pero en este caso fue mi hermano quién no me mostró cariño y yo ya estoy cansado de aguantar esas situaciones porque son muchos años igual (VOT).*

Ejemplo:

- Cliente: *“Sí, tienes razón (VAT). ¿Sabes?, el otro día me pasó que una amiga me habló sobre este tema” (No se categoriza)*

Ejemplo:

- Psicólogo: *Sí has tenido relaciones de pareja normales aunque no hayan sido todas las que has querido ¿Me entiendes?*
- Cliente: *“Ya, (VAT) pero depende con qué lo compares, si lo comparas con la media....(VIT)*

*En este caso es VIT porque además la cliente al principio verbalizaba que no había tenido relaciones de pareja, al menos ahora está de acuerdo con parte.

Ejemplo:

- Psicólogo: *Has estado con chicos y estarás con más*
- Cliente: *Ya (VAT) pero tengo miedo (VIT).*

No siempre las verbalizaciones del cliente con una morfología de aceptación o acuerdo (Por ejemplo: “ya” o “sí”), se pueden entender como una aproximación al objetivo de debate, sino que más bien son “enlaces conversacionales”. Las verbalizaciones de este tipo que se intercalan en el discurso del psicólogo con el objetivo de hacer ver al psicólogo que se sigue la conversación, sólo se categorizarán como VAT cuando se puedan considerar que el cliente muestra su acuerdo.

Se categorizará como acuerdo cuando:

1. Cuando “ya” o “sí” sean respuestas a preguntas del psicólogo sobre una explicación previa (“¿Lo ves?” “¿Me entiendes?”), serán VAT; o
2. Cuando el psicólogo atienda a dichas verbalizaciones y modifique su discurso a partir de las mismas.
3. También aquellas especialmente insistentes: “Sí, sí, sí”, “Ya, ya lo sé”, aunque estén solapadas o interrumpidas.

No se categorizará de ninguna forma dado que es un enlace conversacional, cuando:

4. Cuando “ya” o “sí” no sean respuestas a preguntas sino que se emitan en medio del discurso del psicólogo (se solapen o sean interrupciones); y
5. El psicólogo no atienda a dicha verbalización: que no pause su discurso, que no cambie su discurso tras dicha verbalización del cliente.

3.2. VOT

Las verbalizaciones en las que el cliente muestre su desacuerdo, malestar o queja con lo que el psicólogo verbaliza se categorizaría como *VOT*, a no ser que sea un desacuerdo terapéutico y, en ese caso, sería *VAT*.

Ejemplo:

- Psicólogo: *¿Tú crees que sí? ¿Tú no conoces a nadie que no haya tenido pareja? ¿Tus amigas?*
- Cliente: *No, todas han tenido (VOT)*
- Psicólogo: *Pero tú también has tenido, aunque no lo etiquetes de novio.*

Ejemplo:

- Psicólogo: *No puedes adivinar lo que piensa la gente porque ya has visto el malentendido que eso provoca*
- Cliente: *No (VOT) lo del otro día fue un caso especial (VOT).*

Cuando el cliente, además de mostrar su desacuerdo explica su postura, argumenta o informa, se categorizaría como *VOT* cuando es un argumento o información que va en la línea contraria al objetivo terapéutico del debate, apoyando el desacuerdo:

Ejemplo:

- Psicólogo: *En esos casos, no tiene sentido pensar así.*
- Cliente: *¿Y qué hago? ¿Paso de todo? Lo que no puedo es pasar, me influye, lo pienso (VOT).*

3.3. VIT

Cuando el cliente no muestra de forma clara su acuerdo o desacuerdo con respecto al planteamiento del cliente, se categorizará como *VIT*.

Ejemplos:

- Psicólogo: *En ese caso no tienes información para pensar que lo ha hecho por desfachatez.*
- Cliente: *No lo sé....*
- Psicólogo: *Salir no implica que haya más posibilidades de ser infiel ¿Lo entiendes?*
- Cliente: *Sí, bueno, depende...(VIT)*
- Psicólogo: *Salir no implica que haya más posibilidades de ser infiel ¿Lo entiendes?*
- Cliente: *Bueno...(VIT)*

- *Psicólogo: ¿Tú crees que a todo el mundo le sale bien porque sí?*
- *Cliente: A veces sí (VIT)*

Por otra parte, cuando el cliente proporciona información o argumenta pero no se posiciona de forma clara a favor o en contra del objetivo de debate y mezcla argumentos que apoyan tanto un acuerdo como un desacuerdo, se categorizará como VIT.

Ejemplo:

- *Psicólogo: En esos casos, no tiene sentido pensar así.*
- *Cliente: No es muy útil aunque a veces sí que me quedo más tranquila después de pensarlo. (VIT).*

Ejemplo:

- *Cliente: “Podría ser que tengo miedo a cometer nuevos errores aunque este miedo pueda ser irracional...” (VIT).*

No entendemos que esto sea VAT ni que sea VOT, está reconociendo que tiene un problema y reconoce que puede ser irracional, con lo cual es una mezcla de ambas cosas que podría encajar en VIT. Podría ocurrir otras veces con verbalizaciones que se refieren a explicaciones que el cliente se da a sí mismo, aunque habría que valorar cada caso.

Una respuesta como “no sé” o “depende” ante una pregunta de debate se categorizaría como VIT, pues no especifica las razones a favor ni en contra pero sí parece que significa que hay razones a favor y en contra. Sin embargo, cuando “depende” o “no sé” van acompañados de la explicación del cliente sobre su opinión, todo se categorizará como VIT en caso de que la explicación posterior incluya argumentos a favor y en contra. En caso de que la explicación incluyera sólo los aspectos positivos, todo se categorizaría como VAT (pues el “depende” se matiza sólo con los aspectos positivos) y en caso de que incluyera sólo los aspectos negativos, todo se categorizaría como VOT.

Ejemplos:

- *Cliente: Depende porque podría haber cosas a favor y cosas en contra, es un poco mezcla (VIT).*
- *Cliente: Depende aunque es verdad que ahora que lo pienso tienes razón, él no me estaba faltando al respeto con eso (VAT).*

- *Cliente: Depende aunque es verdad que ahora que lo pienso no creo que tengas razón, él me estaba faltando al respeto con eso (VOT).*

3.4 Verbalizaciones interrumpidas y solapamientos

Los solapamiento o interrupciones que supongan que la conducta verbal del cliente no se entienda o no tenga sentido para el debate no se categorizarán.

Ejemplo:

- *Cliente: Pero... (interrupción).*

Cuando hay una verbalización del cliente cortada o interrumpida por una o varias verbalizaciones del psicólogo, cada parte se categorizará como corresponda según el contenido, sin embargo, en ocasiones una de las partes se excesivamente corta tras la interrupción como para entender bien si ese contenido es VAT, VOT o VIT en esos casos, se registrarán las diferentes partes de la verbalización del cliente de la misma forma: si la verbalización anterior a la interrupción era VAT, la continuación también lo será aunque sea una parte muy corta, a no ser que cambien radicalmente. Ahora bien, si una de esas partes no se entiende lo que dice el cliente, esta parte sería *No categorizable*.

Ejemplo:

- *Cliente: Pero es que él es un dejado, es totalmente exagerado, a ver, que yo entiendo que a veces a alguien se le pueda olvidar, en serio, pero claro, es que él... (VIT)*
- *Psicólogo: Él a lo mejor no se da cuenta (interrupción)*
- *Cliente: En su caso me parece totalmente desmesurado, una falta total de atención por su parte y no lo puedo tolerar (VOT)*

Por otra parte, si el cliente está hablando y el psicólogo le interrumpe con una verbalización que no tiene ninguna función relevante y no categorizaríamos en el SISC-EDR (por ejemplo: Sí, sí, ya...) y esta verbalización del psicólogo no cambia el discurso del cliente en absoluto, entonces no se considerará interrupción y por tanto no se dividirá la conducta verbal del cliente en dos, no se tiene en cuenta ese solapamiento.

Por último, si el cliente interrumpe el discurso del psicólogo en el debate, para aclarar algo ajeno a los objetivos de debate (que no va ni a favor ni en contra); no se categorizará dicha verbalización.

Ejemplo:

- Psicólogo: *Pero es que esa es tu vida, y en lo que respecta a tu vida en pareja...*
- Cliente (interrumpe): *sí pero no sólo con mi pareja, me refería a mi vida en general.*
- Psicólogo: *Sí, sí, me estaba refiriendo a todo...*

En este caso la aclaración no tiene relación con lo que se estaba debatiendo, no puede valorar la aproximación o alejamiento.

En lo que respecta a los solapamientos (conducta verbal de psicólogo y cliente se dan a la vez), se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

1. No se entienda, o
2. Sea información no relacionada directamente con el objetivo de debate (enlaces conversacionales, otra información ajena...), y
3. El psicólogo ignore dicha información (no la atienda siquiera después de la interrupción).

Esa verbalización no se tendrá en cuenta, no se categorizará.

Sin embargo, y aunque haya un solapamiento, si la verbalización del cliente es muy clara:

1. Se entiende bien el contenido, y
 2. Tiene relación con los objetivos de debate (es VAT, VOT o VIT)
- Sí se categorizará.

Ejemplo:

- Psicólogo: *Es que te hace daño seguir pensando así*
- Cliente: *Ya, ya lo sé. *Solapamiento. (VAT)*

3.5 Cómo fragmentar el discurso

En ocasiones, cuando el cliente explica o argumenta sus razones para mantener su acuerdo o desacuerdo con respecto a la postura del psicólogo, el cliente puede emitir un discurso largo en el que vaya variando su argumentación y emita algunas explicaciones que claramente se acercan al objetivo y otras que se alejan. Para categorizar dicha conducta en este tipo de casos en los que las verbalizaciones del cliente no son escuetas y se mezclan, se tendrán en cuenta los siguientes acuerdos:

1. En general se separará cuando el cliente muestre acuerdo o desacuerdo de cuando proporcione información, categorizando de forma separada cada una de estas verbalizaciones.
2. Cuando el cliente explique o de información, de forma continua sin que el psicólogo interfiera, la tendencia será agrupar lo máximo posible el discurso del cliente en una sola categoría.

- a) Si hay argumentos tanto a favor como en contra de una postura y el cliente no termina de decantarse claramente por ninguna de las opciones; el fragmento completo del cliente se registrará como VIT.

Ejemplo:

- Psicólogo: *Entiendo, pero ¿tú te quedaste con las ganas de decir algo?*
- Cliente: Bueno, a ver, no porque tampoco me parecía bien decir nada en esa situación, mira lo que hace la mujer de Fernando que no la aguantan ni sus hijos pequeños; pero en parte sí quería haber dicho algo porque no me pareció bien tampoco...

*En este caso todo se clasificaría como VIT porque expone tanto argumentos a favor del objetivo de debate como en contra.

- b) Sin embargo; si el cliente aunque mezcle argumentos se acaba decantando por mostrar claramente su acuerdo o su desacuerdo; todo el fragmento se registrará VAT o VOT.

Ejemplo:

- Psicólogo: *tampoco tú has hecho nada para que él pueda pensar que eres una pesada, ni muchísimo menos.*
- Cliente: *Ya (VAT), pero fíjate, yo tengo esa...no sé. Es que yo me pongo en el lugar del otro y pienso si el otro no me atrajera y...no sé. Es que es diferente cuando a ti te atrae una persona a lo mejor no te das cuenta de que estás encima pero sí te das cuenta cuando alguien está encima de ti y no te atrae y te puede resultar molesto. Entonces, yo no quisiera llegar a eso, claro (VOT).*

*En este caso, el cliente comienza con dudas (VIT), plantea un argumento pero duda de él, aunque al final acaba planteando argumentos para su postura de que se puede estar comportando como una pesada.

3.6 Verbalizaciones que no se categorizan

- a) Verbalizaciones interrumpidas en las que no se entiende el contenido de la verbalización.
- b) Verbalizaciones de tipo que se intercalan en el discurso del psicólogo con el objetivo de hacer ver al psicólogo que se sigue la conversación pero no responden a una pregunta.
- c) Cuando el cliente lee el autorregistro, pero no cuando da una valoración o información aparte sobre el tema y esto está relacionado con el objetivo de debate.
- d) Verbalizaciones en las que el cliente pregunta por algún aspecto que no van ni en contra ni a favor del objetivo de debate.

Ejemplo:

- Cliente: *¿Qué crees que podría pensar si le digo eso?*

- e) Verbalizaciones en las que el cliente habla de otro tema no relacionado con el debate o el psicólogo está explorando y el cliente contesta sin valoraciones, proporciona información al psicólogo que no aporta una valoración o dirección de aproximación o alejamiento al objetivo.

Ejemplo:

- Psicólogo: *¿Hace cuánto tiempo que pasó eso?*

- Cliente: *4 años (No se categoriza)*

En este caso el cliente simplemente proporciona información sin que se esté debatiendo.

La mayor parte de las preguntas del psicólogo categorizadas como Explorar, según el *SISC-EDR*, irán seguidas de verbalizaciones del cliente no categorizables, dado que dichas preguntas eliciten respuestas del cliente que proporcionan información más que valoración o acuerdo con respecto a un planteamiento, no obstante, habrá que atender al contenido de cada verbalización. Por su parte, las preguntas categorizadas como Cuestionar (según el *SISC-EDR*) frecuentemente irán seguidas de *VAT*, *VOT* o *VIT*, según su aproximación al objetivo de debate.

Ejemplo:

*Contexto: El psicólogo está debatiendo que el hecho de que su pareja salga con sus amigos cada vez que ella tiene un plan no es malo ni implica que le vaya a ser infiel. Después de debatir sobre algunos aspectos el cliente verbaliza que le molesta que salga.

- Psicólogo: *¿Pero por qué?*
- Cliente: *Porque está aprovechando la mínima oportunidad para salir con sus amigos (Sí se categoriza: VOT).*

Otro ejemplo en el que además de dar información, el cliente hace una valoración y, por tanto, sí será categorizable:

Ejemplo:

- Cliente: *Mira, lo que pasó fue que fuimos al cine ayer, vimos la última película de Woody Allen, que no me gustó mucho... (hasta aquí No categorizable), pero lo pasamos tan bien, estuvimos a gusto, sin discutir ni nada y estoy contenta por ello (esto sería VAT, por tanto, todo VAT)*

*Anexo F. Escala de Valoración de la
Efectividad del Debate en la
Reestructuración Cognitiva (EVED-RC)*

ESCALA DE VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL DEBATE EN LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA (EVED-RC)

Índice de contenidos

1. Niveles de efectividad de un debate.....	2
2. Criterios específicos para la elección del nivel de efectividad de un debate.....	2
3. Algunos aspectos a tener en cuenta.....	3

1. Niveles de efectividad de un debate.

Tras la observación de cada debate y en función de un criterio clínico de cumplimiento de objetivos terapéuticos se elegirá una de las siguientes categorías para valorar el nivel de efectividad conseguido:

- *Fracaso*
- *Éxito parcial*
- *Éxito total*

2. Criterios específicos para la elección del nivel de efectividad de un debate.

- Se considerará que un debate es un *Fracaso* cuando:
 - Ninguna verbalización del cliente se aproxima a alguno de los objetivos terapéuticos (*VAT según SISC-COT*).
 - Hay alguna verbalización que se aproxima a algún objetivo del debate (*VAT*), pero no un aspecto relevante, sino algo secundario.
 - El cliente muestra su aproximación (*VAT*) a un objetivo central del debate una sola vez de manera no enfática (*) y esto va seguido en algún momento por su opinión contraria a la aceptación de los objetivos (*VOT* o *VIT según SISC-COT*).
- Se considerará que un debate es un *Éxito parcial* cuando:
El cliente muestra alguna verbalización que se aproxima a alguno de los objetivos centrales del debate. Se pueden dar los siguientes casos:
 - El cliente muestra su aproximación (*VAT*) a un objetivo central del debate una sola vez de manera no enfática y esto no va seguido en ningún momento por su opinión contraria a la aceptación de los objetivos (*VOT* o *VIT*).
 - El cliente muestra más de una vez su aproximación (*VAT*) a aspectos centrales del debate de manera no enfática y esto va seguido en algún momento por su opinión contraria a la aceptación de los objetivos (*VOT* o *VIT*).
 - El cliente se aproxima (*VAT*) de manera enfática a un objetivo central del debate al menos una vez pero en algún momento posterior del debate muestra que no acepta (*VOT* o *VIT*) tal aspecto.

(*) Mostrar una aceptación o aproximación a un objetivo de manera enfática sería:

- Verbalizando no solamente “sí” sino el objetivo del debate, por ejemplo, “*estoy de acuerdo con que soy una persona buena en mi trabajo*” o repitiendo lo que ha dicho el terapeuta “*sí, soy orgulloso y eso puede influir*”.

- Verbalizando repetidas veces el acuerdo, por ejemplo, “sí, sí, sí, sí” o “sí, estoy de acuerdo, de verdad”, al mismo tiempo que lo dice con un tono de énfasis.
 - Utilizando alguna palabra o expresión que muestre su alto acuerdo con la cuestión, como “exacto”, “absolutamente” o “100%”.
- Se considerará que un debate es un *Éxito total* cuando:
 - El cliente muestra su aproximación (VAT) a un objetivo central del debate más de una vez de manera no enfática y esto no va seguido en ningún momento por su opinión contraria a la aceptación de los objetivos (VOT o VIT).
 - El cliente acepta (VAT) de manera enfática al menos una vez un objetivo central del debate y en ningún momento posterior del mismo muestra que no acepta (VOT o VIT) tal aspecto.

3. Algunos aspectos a tener en cuenta.

También habría que tener en cuenta los siguientes puntos para la valoración de la efectividad de los debates:

- Cuando se da el caso de que el terapeuta emite una verbalización muy larga, por ejemplo, categorizada como *Función de preparación informativa*, en la que trata varios temas, y después de la cual el cliente verbaliza su aceptación, se entenderá que éste acepta todo lo que incluía la verbalización del terapeuta, no sólo la última parte. Esto será así a no ser que el cliente especifique una parte concreta con la cual muestra su acuerdo (se entendería que sólo muestra su acuerdo con esto, no con el resto) o bien que el terapeuta pregunte al cliente qué opina sobre una parte en concreto de la información.
- Cuando hay dos objetivos en un mismo debate y para cada uno de ellos se ha alcanzado un nivel diferente de efectividad, se optará por mantener para la valoración de la efectividad de todo el debate el nivel más alto alcanzado en uno de los objetivos. Ejemplo, *Éxito total* en el objetivo 1 y *Éxito parcial* en el objetivo 2 = *Éxito total* en el debate.
- Sólo se tendrán en cuenta para la valoración de la efectividad las verbalizaciones del cliente que hayan sido registradas según el sistema *SISC-INTER-RC* y, por tanto, también con el sistema *SISC-COT* (nunca se atenderá a las verbalizaciones de asentimiento del cliente que se escuchan entre medias del discurso del terapeuta pero que no se registran).
- También se considerarán para la valoración de la efectividad las aceptaciones o desacuerdos del cliente con respecto a un ejemplo concreto que esté relacionado con el objetivo central del debate, aunque no se haga referencia directamente al citado objetivo. Ejemplo: un caso en el que se pasa del tema general de lo que la

gente piensa acerca de que no tenga trabajo al ejemplo concreto de lo que piensa una amiga suya y el objetivo es que ella verbalice que la gente no pensará que es culpa suya haberse quedado sin trabajo; si dice que su amiga considera que no tiene trabajo por su culpa (sin pruebas de ello), esto es *VOT* con respecto al objetivo central mientras que, si dice que no pensará de ella eso porque no tiene pruebas, sería *VAT* con respecto al objetivo central. Es decir, habría que considerar ambos casos como muestra de aceptación o no del objetivo central, aunque sean ejemplos concretos, pues van dirigidos a modificar los pensamientos.

- Cuando se da el caso de que una verbalización categorizada como *VAT* está “dividida” en dos partes por una verbalización del terapeuta categorizada como *Función de refuerzo conversacional* u *Otras*, ésta sólo se contabilizará como una y no como dos verbalizaciones en caso de que esto sea un criterio para decidir sobre la valoración del éxito del debate. Lo mismo ocurrirá cuando se den dos verbalizaciones categorizadas como *VAT* de forma contigua y se trate de un caso de *Mostrar aceptación + Proporcionar información* en el sistema *SISC-INTER-RC*: sólo se contabilizará como una verbalización y no como dos.